Rok XLIII. Kraków 26 Marca 1904. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Cięcie płatowe do krwawego odprowadzania zastarzałych zwichnięć w stawie biodrowym.

Podał

Prof. L. Rydygier

c. k. Radca Dworu.

Jak z jednej strony nie podlega żadnej wątpliwości, że krwawe odprowadzenie zastarzałego zwichnięcia w stawie biodrowym jest postępowaniem, najbardziej do ideału leczniczego zbliżonem, tak z drugiej strony zaprzeczyć temu nie możemy, że, jak na dziś przynajmniej, jest to zabieg bardzo ciężki. Łudzi się Gayet[1]), kiedy operacyę tę nazywa *„peu grave“*, opierając się na statystyce ze znanych mu 36 przypadków, z których zaledwie 2 zakończyły się śmiertelnie (zatem 5·55% śmiertelność). Z tak małej liczby przypadków żadnych wniosków ogólnie obowiązujących wyciągać nie można i to tem mniej, że przypadków nieszczęśliwych zwykle nie ogłasza się wcale, lub przynajmniej nie rychło podaje się je do ogólnej wiadomości.

Operacya ta łączy się głównie z dwoma niebezpieczeństwami: wstrząsem pooperacyjnym (*shok*) i zakażeniem. Przez wybór odpowiedniej metody operacyjnej niebezpieczeństwa te możemy zmniejszyć. Nie ulega wątpliwości, że tem mniej chorych naszych narazimy na zapad, czem usilniej starać się będziemy, aby zwichniętą kończynę odprowadzić łagodnie, bez użycia nadzwyczajnej siły, bez miażdżenia i naciągania części miękkich. Wiadomo jest przecież, że nawet przy bezkrwawem odprowadzaniu zaniedbanego zwichnięcia w stawie biodrowym nastąpić może zejście śmiertelne skutkiem wstrząsu, co niestety zdarzyło się i w mojej klinice. Przy tych bowiem odprowadzaniach nigdy nie możemy uniknąć użycia większej, choćby wcale nie gwałtownie rubasznej siły. Dlatego też pisze Poncet: *„Pour prévenir une telle complication plus fréquante qu'on ne le suppose, car tous les cas n'ont pas été publiés, nous proposons l'arthrotomie non plus après, mais avant les maneuvres non sanglantes de réductions dans les cas de luxation ancienne de la hanche.“* Jeżeli jednak zabieg krwawy ma rzeczywiście zmniejszyć niebezpieczeństwo zapadu, musi być tak wykonanym, aby odprowadzenie główki do panewki udawało się istotnie bez użycia zbyt wielkiej siły.

Ułatwiając zaś odprowadzenie zwichniętej główki do panewki, zmniejszamy tem samem nietylko prawdopodobieństwo wstrząsu, ale i zakażenia. Używając bowiem łagodnej siły, nie miażdżymy, nie rozrywamy i nie rozgniatamy części miękkich, tem samem nie zmniejszamy ich wrodzonej odporności i nie ułatwiamy zakażenia. A pamiętać trzeba o tem, że okolicę, na której operujemy, odkazić bardzo trudno, a jeszcze trudniej uchronić ranę w tej okolicy od późniejszego zakażenia. Jeżeli jednak, operując ochranialiśmy i oszczędzaliśmy tkanki miękkie i mechanicznemi szkodliwościami nie upośledziliśmy wrodzonej im odporności, możemy być pewni, że potrafią one tych kilka bakteryi, które przypadkowo do rany wtargną, uczynić nieszkodliwemi. Te same jednak, jakościowo i ilościowo, drobnoustroje stać się mogą groźnymi, gdy padną na tkankę zmiażdżoną, postrzępioną, krwią przesiąkniętą.

Niebezpieczeństwa zakażenia zaś nie zwiększy z pewnością rana gładka, cięta, choćby o kilka centymetrów dłuższa, niż zwyczajnie, skoro tylko ułatwi nam przystęp do główki i do panewki równocześnie.

Z tych przyczyn w ostatnich kilku przypadkach zastarzałych zwichnięć stawu biodrowego użyłem cięcia łukowatego.

Dotychczas, jak wiadomo, do krwawego odprowadzania zwichniętego biodra używano metod następujących: a) Cięcia prostopadłego przedniego, na wzór cięcia resekcyjnego Schede-Hütera. b) Cięcia tylno-zewnętrznego, więcej lub mniej skośnego, kątowatego lub wygiętego na kształt metod, zalecanych przez Langenbecka, Olliera, Kochera. c) Cięcia łukowatego poprzecznego, zwróconego wypukłością ku dołowi, z oddłutowaniem wierzchołka krętarza wielkiego, na wzór drugiego cięcia do resekcyi stawu biodrowego, podanego przez Olliera i nazwanego *„procédé à tabatière.“*

a) Cięcie podłużne przednie usuwa w najmniejszym tylko stopniu trudności, jakie przezwyciężyć musimy, odprowadzając zastarzałe zwichnięcie stawu biodrowego. Słusznie zatem wszyscy je teraz opuścili mimo gorących zaleceń przez Nélatona. Nélaton wychodził z tej zasady, że przy zwichnięciach do tyłu winniśmy się posługiwać cięciem przedniem; przy zwichnięciach do przodu — któremś z cięć tylnych, aby niejako zejść z drogi główce, zasłaniającej przystęp do panewki.

b) W ostatnich czasach nieomal ogólnie posługiwano się cięciem tylnem, n. p. zalecają go gorąco Payr[2]) i Gayet. Nie przeczę, że cięcia tylne nie są bez pewnych zalet. Znane są jednakowoż przypadki, gdzie mimo licznych cięć dodatkowych i oddzielenia przyczepów mięśni, z trudnością wielką i dopiero po użyciu dużej siły udawało się

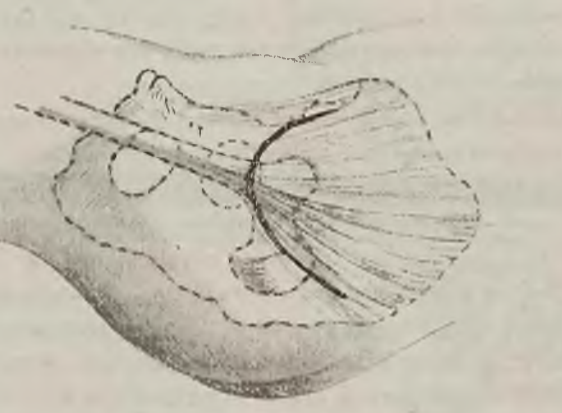
[1]) De la reposition sanglante de la tête fémorale dans les luxations irréductibles de la hanche. (Revue de chirurgie. 1902, Nr. 8, p. 274).

[2]) Ueber blutige Reposition von pathologischen und veraltenen traumatischen Luxationen des Hüftgelenkes bei Erwachsenen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 27, Hft. 1 i 2 i Deutsch. Chir. Congr. 1901).

odprowadzenie; a nawet w niektórych przypadkach nie udało się ono w zupełności i trzeba było resekować główkę.

c) Cięcia Ollierowskiego, poprzecznego, zwróconego wypukłością łuku ku dołowi, z oddłutowaniem szczytu krętarza, używał w swych przypadkach Mikulicz. Z rozmaitych stron, a należy tu sam Gayet, uczeń Olliera, zarzucano tej metodzie po 1), że daje wprawdzie wygodny dostęp do główki kości udowej, nie odsłania jednak wcale panewki, gdyż skutkiem posunięcia się całego krętarza w górę cięcie przypada za wysoko; po 2-gie, że skutkiem oddłutowania krętarza (wraz z przyczepami mięśni), czynność kończyny na zawsze może uledz znacznemu upośledzedzeniu, skrócone bowiem mięśnie nie dozwalają po udałem odprowadzeniu przyszyć krętarza w pierwotnem miejscu. Dziwią się też wszyscy, że przyszycie krętarza udawało się Mikuliczowi i fakt ten tem tylko objaśnić daje się, że w jego przypadkach skrócenie było nieznacznem i wynosiło w pierwszym przypadku 4 ctm., w drugim $3^1/_2$, w trzecim $2^1/_2$ ctm. Takie ich zdanie.

Ja [3]) używam cięcia poprzecznego, wypukłego ku dołowi (w kształcie nieco zmodyfikowanym: prowadzę je bowiem nieco niżej, niż Ollier i zasadniczo przepiłowuję trzon kości udowej powyżej krętarza małego, zamiast oddłutowywać krętarz wielki) od roku 1884, — a więc od 20 lat, — w każdym przypadku wypiłowania stawu biodrowego. A używam go właśnie dlatego, że daje mi ono bardzo łatwy przystęp do panewki i zapewnia bardzo swobodny odpływ wydzielinie. Oczywiście, że wymagania nasze przy krwawem odprowadzeniu zastarzałego zwichnięcia stawu biodrowego, choćby na tle zapalenia, formułujemy odmiennie, niż przy resekcyi stawu. Zwłaszcza, jeżeli wyjdziemy z zasady, że zwichniętą główkę odprowadzać należy do panewki łagodnie, bez użycia wielkiej siły, bez zbytniego naciągania i miażdżenia części miękkich, pierwotnem cięciem poprzecznem Ollierowskiem nigdy się nie zadowolnimy, jak się o tem sam w pierwszym przypadku miałem sposobność przekonać.



Z tego powodu w ostatnich swych przypadkach przeszedłem do cięcia płatowego (patrz rys.). Zaokrąglony szczyt płatu leży 6—7 ctm. poniżej szczytu krętarza wielkiego, zatem około 2 ctm. poniżej cięcia Olliera. Ku tyłowi łuk ten wydłuża się w ramię, wznoszące się łagodnie ku górze w kierunku kolca biodrowego tylnego górnego. Ramię to, zależnie od potrzeby, mierzy 12—18 ctm. i przebiega równolegle z włóknami mięśnia pośladkowego wielkiego. Ramię przednie łuku przebiega bardziej spadzisto ku kolcowi biodrowemu przedniemu górnemu i pomiędzy mięśniem pośladkowym średnim, a mięśniem naciągającym powięź szeroką uda (*m. tensor fasciae latae*). Ramię to bywa zwykle krótszem, niż tylne. Szczyt cięcia z tej przyczyny tak nizko pod krętarzem prowadzę, aby módz następnie krętarz jak najbardziej skośnie oddłutować i zyskać tym sposobem powierzchnie zdłutowania, mierzące w osi długiej 5 ctm. i więcej. Dzięki tej ostatniej okoliczności po udałem odprowadzeniu, nawet w przypadku bardzo znacznego przykurczenia mięśni możemy zawsze, często tylko częściowo, obie zdłutowane powierzchnie kostne (krętarza i trzonu) przybliżyć do siebie, zeszyć i uzyskać zrost kostny, a tem samem zapewnić na przyszłość całkowitą wydatność czynnościową operowanej kończyny.

Na podstawie swych ostatnich przypadków mogę cięcie płatowe jak najgoręcej zalecić. Przekonałem się bowiem, że odsłania ono nietylko całe pole operacyjne, a zwłaszcza panewkę, lecz także w znakomitym stopniu ułatwia odprowadzenie tak, że dokonać je można bez zbytniego miażdżenia części miękkich.

Na innem miejscu opiszę dotyczące spostrzeżenia *in extenso* i wówczas też zwrócę uwagę na inne zajmujące szczegóły.

[3]) Nowy sposób wypiłowania stawu biodrowego. (Gaz. lek. 1884, Nr. 20).

II. Z oddziału Dra med. T. Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Przyczynek do nauki o zjawiskach dyfuzyi w żołądku ludzkim.

Podał
Kazimierz Rzętkowski
asystent oddziału.

Badania nad losem rozczynów solnych w żołądku ludzkim należą niewątpliwie do ciekawszych działów fizyologii doświadczalnej narządów trawienia. Obchodzą nas one nietylko z punktu widzenia czysto praktycznego, ale też i z punktu teoretycznego, ponieważ mogą rzucać pewne światło na przebieg spraw osmotycznych w ustroju. Korzystając z możności poczynienia odnośnych doświadczeń na człowieku z przetoką żołądkową po gastrostomii (skutkiem zupełnej niedrożności przełyku), przystąpiłem do zbadania kwestyi, jak się zachowują rozczyny NaCl różnego stężenia drobinowego w żołądku ludzkim? Nadmienić winienem, że człowiek, na którem te doświadczenia robiłem, ma przetokę od lat 2 i znajduje się ciągle w wybornym stanie zdrowia.

Metodyka mych badań była następująca: Do możliwie dokładnie opróżnionego i przepłókanego żołądka wprowadzałem po 400—455 ctm. sześciennych rozczynu NaCl rozmaitego stężenia, wydobywając następnie co 10 minut nieco zawartości i określając jej punkt zamarzania, aż do chwili, w której żołądek opróżnił się całkowicie. Szczegóły tych doświadczeń podam wyczerpująco na innem miejscu (Pam. Tow. lek.). Tu zamierzam tylko przedstawić ostateczne wyniki, do jakich doszedłem.

Dośw. I. Wprowadziłem rozczyn 29,0 NaCl w 455 ctm. sześc. H_2O; Δ rozczynu natychmiast po wprowadzeniu go do żołądka $= -3{,}34^0$. Δ ostatniej porcyi (po 130 minu-

tach) $= -1{,}67^0$; obniżenie zatem całkowite $= 1{,}67^0$. Do kiszek przeszło treści z żołądka 255 ctm. sześc., to znaczy, że wobec trwania doświadczenia 130 min. treść opuszczała żołądek średnio z szybkością $\frac{255}{130}$ ctm., t. j. około 2 ctm. sześc. na minutę.

Dośw. II. Wprowadziłem rozczyn 12 grm. NaCl w 410 ctm. H_2O. Δ rozczynu natychmiast po wprowadzeniu go do żołądka $= -1{,}65^0$. Δ ostatniej porcyi (po 82 min.) $= -0{,}67^0$; obniżenie zatem całkowite $= 0{,}98^0$. Do kiszek przeszło 225 ctm. sześc., to znaczy, że wobec trwania doświadczenia 72 min., treść opuszczała żołądek średnio z szybkością $\frac{225}{72}$ ctm., t. j. około 3 ctm. sześc. na minutę.

Dośw. III. Wprowadziłem rozczyn 2,7 grm. NaCl w 430 ctm. sześc. H_2O. Δ rozczynu natychmiast po wprowadzeniu do żołądka $= -0{,}455^0$. Δ ostatniej porcyi (po 50 min.) $= -0{,}50^0$, to znaczy, że nastąpiło podniesienie stężenia drobinowego wprowadzonego rozczynu o $0{,}05^0$. Do kiszek przeszło 285 ctm. sześc., to znaczy, że wobec trwania doświadczenia 50 min. treść opuszczała żołądek z szybkością $\frac{285}{50} = 5-6$ ctm. sześc. na minutę.

Dośw. IV. Do żołądka wprowadziłem 400 ctm. sześc. H_2O. Δ treści natychmiast po wprowadzeniu do żołądka $= -0{,}01^0$. Δ ostatniej porcyi (wydobytej po 40 min.) $= -0{,}34^0$, to znaczy, że nastąpiło podniesienie stężenia drobinowego zawartości o $0{,}33^0$. Do kiszek przeszło 280 ctm. sześc. treści, to znaczy, że wobec trwania doświadczenia 40 min., treść opuszczała żołądek z szybkością około 7 ctm. na minutę.

Zestawienie wyników powyższych doświadczeń pozwala nam na wyciągnięcie kilku ciekawych wniosków, a mianowicie:

1) Potwierdzają one znany fakt, że stężenie drobinowe hipertonicznych rozczynów NaCl (I, II) w żołądku zmniejsza się, stężenie zaś drobinowe zawartości hipotonicznych (III, IV) podnosi się. Co jednak ciekawsze, to, że i jedne i drugie rozczyny opuszczają żołądek, zanim dojdą do izotonii z krwią. Pod tym względem rozczyny NaCl w żołądku zachowują się zupełnie inaczej, niż treści pokarmowe. Te ostatnie na wysokości trawienia w żołądku posiadają Δ bliską do Δ krwi, czyli że są prawie izotoniczne. O tem pouczyły mnie następujące doświadczenia, wykonane na tym samym człowieku *):

a) treść w godzinę po wprowadzeniu 1 surowego jaja z H_2O posiadała $\Delta = -0{,}56^0-0{,}57^0$.

b) treść po wprowadzeniu 100 mleka + 1 jajo + H_2O ad 200,0 ($\Delta = -0{,}24^0$) w godzinę po wprowadzeniu posiadała $\Delta = -0{,}55^0$.

Wynika z tego, że żołądek, który nie może doprowadzić do izotonii z krwią rozczynów NaCl różnego stężenia i H_2O, z łatwością doprowadza do izotonii tę treść, która wyzwala jego czynność trawienną (proteolityczną), względnie wydzielanie HCl. W tych razach, jak wykazują moje badania, żołądek ułatwia sobie pracę doprowadzania do izotonii swojej treści przy pomocy HCl, Δ bowiem treści pokarmowej będzie tem większą, im więcej żołądek wydzielił HCl. A mianowicie:

	Kwasota ogólna	Δ	Uwagi
1)	61	$-0{,}565^0$	w godzinę po wprowadzeniu 1 jaja surowego z wodą.
2)	52	$-0{,}55^0$	w godzinę po wprowadzeniu 100 mleka + 1 jajko + H_2O ad 200,0.
3)	30	$-0{,}39^0$	w godzinę po wprowadzeniu 50,0 amyli + 200,0 H_2O.

Zaś do rozczynów solnych i do H_2O żołądek wcale nie wydziela HCl, jak to wykazały cztery powyżej opisane doświadczenia. Szczegółowe badania przy pomocy czułych odczynników nie wykazały ani śladu HCl w żadnej z porcyi, wydobywanych z solnej treści żołądka.

Jak to widać z przebiegu doświadczeń (I—IV), im stężenie drobinowe solnego rozczynu jest mniejsze — *caeteris paribus* — tem szybciej opuszcza on żołądek. Najszybciej opuszczała żołądek czysta woda, najwolniej najmocniejszy z użytych do doświadczeń rozczynów NaCl. Fakt powyższy, t. j. stwierdzenie zależności czynności ruchowej żołądka od stężenia drobinowego jego treści solnej, jest bardzo ciekawy z punktu widzenia fizyologicznego. Jaki mechanizm gra tu rolę, na to pytanie odpowiedzieć nie mogę. Zauważyć jednakże muszę, że chociaż żołądek nie doprowadza do izotonii z krwią swej hipertonicznej treści solnej, to przecież fakt dłuższego pozostawania w nim rozczynów mocniejszych zdaje się przemawiać za tem, iż prócz czynności ruchowej i proteolitycznej żołądek ma jeszcze za zadanie obniżanie stężenia drobinowego swej treści zbyt stężonej. Badania ciśnienia panującego w żołądku podczas czynności zmniejszania Δ rozczynów solnych przy pomocy *ad hoc* zbudowanego przezemnie manometru wykazały, że ciśnienie to n i e p o d n o s i s i ę tak znacznie, iżby obniżenie Δ można było tłómaczyć wyłącznie rozwadnianiem rozczynów NaCl. Gdyby tak było, to żołądek, który obniża Δ swej treści od $-3{,}34^0$ do $1{,}67^0$, musiałby wydzielić tyle wody, że ciśnienie w nim wzrosłoby niepomiernie, czego w mych doświadczeniach nie stwierdziłem. Prawdopodobnie te y w obniżaniu Δ solnej treści żołądkowej główną rolę odgrywa nie wydzielanie wody do treści, lecz wchłanianie, a raczej przesiąkanie NaCl z treści żołądka do krwi, być może na zasadzie praw czysto fizykalnych.

3) Czy na powyżej omawiane procesy w żołądku możemy wpływać środkami farmokologicznymi? Czy wogóle sprawy osmotyczne ustroju mogą ulegać wpływom środków farmakologicznych? To pytanie, o ile wiem, poruszone tu wogóle po raz pierwszy, starałem się rozstrzygnąć, podając badanemu przezemnie osobnikowi na kilka minut przed zaczęciem doświadczenia wyskok i makowiec. O wynikach pouczy nas następujące zestawienie:

Wprowadzono NaCl	Obniżenie Δ od do	Czas trwania doświad.	Wprowadzono do ż ctm.³	Przeszło do kiszek ctm.³	Szybkość przechodzenia w 1 minucie	HCl	Uwagi
29,0	$3{,}34^0-1{,}67^0$ (o $1{,}67^0$)	130	455	255	$\frac{255 \text{ ctm.}^3}{130 \text{ min.}} = 2 \text{ ctm}^3$.	0	—
29,0	$3{,}49^0-1{,}34^0$ (o $2{,}15^0$)	80	400	160	$\frac{160}{80} = 2 \text{ ctm.}^3$	0	Tra Opii Simpl. 15 kropli
29,0	$3{,}94^0-2{,}38^0$ (o $1{,}56^0$)	90	410	150	$\frac{150}{90} = 1{,}6 \text{ ctm.}^3$	0	Wyskoku 45% 20 ctm.³

*) Patrz pracę moją »O s p r a w n o ś c i p r o t e o l i t y c z n e j z a w a r t o ś c i ż o ł ą d k o w e j«. „Przegląd lekarski" 1903 i „Archiv f. Verdaungs Krakheiten", 1903.

Z powyższego zestawienia widać, że przy pomocy środków farmakologicznych możemy wpływać na przebieg spraw osmotycznych w ustroju. Jak wskazuje tabelka, makowiec przyśpiesza w dwójnasób rozcieńczenie rozczynów NaCl w żołądku. Obniżenie bowiem w 1 minucie wynosi: norma $\frac{1,67^0}{130} = 0,013^0$, po makowcu $\frac{2,15^0}{80} = 0,027^0$, po wyskoku $\frac{1,56^0}{90} = 0,017^0$. Ponieważ przyjęliśmy wyżej, że rozcieńczanie rozczynów solnych w żołądku odbywa się głównie za sprawą wchłaniania się NaCl, przeto musimy to wywnioskować, że pod wpływem makowca wchłanianie soli kuchennej w żołądku idzie żywiej. Wyskok posiada w tym kierunku tylko bardzo nieznaczny wpływ. Atoli wyskok nieco zwalnia wydalanie się solnej treści z żołądka do kiszek, na co znowu makowiec żadnego wpływu nie wywiera.

Wyniki dwóch tych doświadczeń wymagają oczywiście szerszego potwierdzenia: pragnę tylko zaznaczyć, że dwa te doświadczenia pouczają, że na sprawy osmotyczne w ustroju możemy wpływać środkami farmakologicznymi. I chociaż sprawy te mają pozór procesów czysto fizykalnych, to jednak, wpływając przy pomocy środków farmakologicznych na podłoże, na którem się one rozgrywają, możemy je modyfikować w ten lub w inny sposób.

III. Choroby uszne, a zaburzenia mowy, ich stosunek wzajemny i wpływ na rozwój umysłowy człowieka.

Podał

Dr. R. Spira.

(Ciąg dalszy).

O ile rozumowania te tyczą się zarówno wszystkich zmysłów, o tyle spostrzeżenia kliniczne wskazują na wielki wpływ, na przeważające znaczenie zmysłu słuchu, względnie utrzymania akustycznej identyfikacyi dla czynności duchowych, jakto ilustruje przypadek Picka. Ze wszystkich zmysłów słuch rozporządza najbogatszym rejestrem uczuć; ze wszystkich sztuk muzyka najgłębiej wzrusza uczucia. Nawet już lekki szmer ma wpływ na nastrój i na wyobraźnię. Ze wszystkich omamów lekarz psychiatra najwięcej się obawia omamów słuchowych. W bogatej skali słuchu leży jego zdolność współczucia z wrażeniami wszystkich innych zmysłów, dających się wyrazić i udzielić za pośrednictwem głosu. Słysząc n. p. wyrazy: „ciepło, jasne, kwaśne, miękko", doznaje się drogą słuchu podobnego wrażenia, jak przez zmysły dotyku, wzroku, smaku.

To rozumowanie wskazuje znów na znaczenie mowy. Czynność myślenia zależną jest od posiadania dawno zdobytych i w pewien sposób uporządkowanych wyobrażeń. Otóż mowa artykulowana stanowi główny środek do nabycia potrzebnego ładu w wyobrażeniach. Przez nią tworzymy z łatwością dokładniejsze i subtelniejsze stosunki między pojęciami przedmiotów konkretnych, oraz między nimi, a zdarzeniami i czynnościami (Wernicke). Mowa nie służy tylko do porozumienia się, lecz jest ważnem ogniwem w łańcuchu prac umysłowych. Przez słowo myśl znajduje nietylko swój wyraz, lecz zyskuje ścisłość, dokładność i bystrość (Kussmaul). Pewne zawilsze pojęcia oderwane poznajemy i możemy sobie wyobrazić i przyswoić po części dopiero za pomocą mowy. Składnia mowy, jej logiczna budowa, prowadzi powoli do tego, że i czynność myślenia odbywa się w tym samym kierunku przez nią podanym. Poważni uczeni przyjmują wprost zależność czynności myślenia od słów. Całe szeregi wyobrażeń powstają w umyśle dopiero pod wpływem słowa słyszanego lub czytanego (Wernicke). Wyrazy, jak n. p.: poczciwy, szlachetny, zbrodniczy, próżny i t. d. oświetlają sposób myślenia, czucia i charakter człowieka. Wrażenia podmiotowe zmysłowe i czuciowe trudno udzielić inaczej drugiej osobie, jak przez głos i słuch. Cały wpływ środowiska i wychowania na nastrój, na tworzenie się charakteru, na sposób myślenia, na pobudzenie pojęć etycznych dziecka zostaje wywarty w znacznej części za pomocą mowy. Upośledzenie słuchu i brak mowy są prócz tego często powodem nieporozumienia między dzieckiem a otoczeniem, co ma fatalny wpływ na rozwój czucia u dziecka. Spaczone życie czuciowe i wyobrażenne nie może pozostać bez wpływu na rozwój charakteru, odznaczającego się często brakiem uczuciowości, porywczością nastroju i przeczuloną drażliwością. Mowa jest zatem nietylko najważniejszem i najwięcej bezpośredniem ogniwem, łączącem ducha człowieka ze światem zewnętrznym, lecz ma niepospolite znaczenie dla ściśle intelektualnej czynności człowieka [3]).

Otóż jeżeli wyobrazimy sobie głuchoniemego od urodzenia lub od wczesnego dzieciństwa, to możemy przypuścić, że jego ośrodek słuchowy wcale nie rozwinął się, słowem, że go nie ma. Cały obszerny szereg wrażeń zmysłowych i słuchowych, tak ważnych dla rozwoju umysłowego, odpada; w harmonijnem współdziałaniu ośrodków zmysłowych, powstaje dysharmonia, podobnie jak w akordzie, w którym brakuje tonu. Sprawność innych ośrodków, ich połączeń i dokładność wyobrażeń zostają upośledzone; zdolność kojarzenia nadwyrężoną, świadomość ograniczoną i przyćmioną, umysł przytępiony, a sposób myślenia spaczony. „Przy braku rozumienia mowy... umysł jest w stanie myśleć tylko w granicach zmysłowego poznania. U dzieci zaś z niemotą wznosi się ono jedynie do granicy pojęć niższych. Zatem w rozwoju umysłowym osobnika mowie samodzielnej przypisać należy.... niezmierne ważne znaczenie, gdyż użycie wyrazów jako znaków, zastępujących doświadczenie zmysłowe, przyspiesza rozwój umysłu i niesłychanie ułatwia myślenie" (Ołtuszewski: Przegl. lek., 1901, str. 56). „*Der Sprachmangel u. die dadurch verursachte primitive Form des Denkens verhindert es im psychischen Sinne ein Vollmensch zu sein*" (Branckmann).

Z tego, co powiedziałem, wynika, że głuchoniemy nigdy nie osiągnie tego stopnia inteligencyi, co zdrowy; fakt stwierdzony i powszechnie znany. Doświadczeńsi nauczyciele głuchoniemych podają, że głuchoniemy, który nie pobierał nauki, mało wznosi się ponad stopień rozumu i uczuciowości zwierząt. Znaczenie mowy dla rozwoju umysłu oceniono słusznie już w starożytności i w tem podobno leży przyczyna, dlaczego Grecy jednem słowem: „λόγος" wyrażają rozum oraz słowo.

Mimochodem wspomnieć jeszcze wypada o innych następstwach tego kalectwa. Głuchoniemota pociąga za sobą

[3]) O znaczeniu słuchu i mowy dla nauki i wykształcenia dziecka szkolnego, mówiłem na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich p. t. „Wnioski, zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie" (Przegląd lekarski, 1901).

jeszcze niedostateczny rozwój klatki piersiowej, głosu i narządów artykulacyjnych. I tak Meissner stwierdził, że na 49 przypadków śmierci u głuchoniemych, 32 razy zejście śmiertelne nastąpiło z suchot płuc i krtani. Takie są następstwa głuchoty, nabytej w wczesnym wieku. Z tego wynika niesłychane znaczenie chorób usznych dla dzieci i wielka ważność zwracania bacznej uwagi na te choroby, zwłaszcza u dzieci, w celu zapobiegania podobnym zgubnym następstwom.

Tak samo u dorosłych, jak i u dzieci obustronne zajęcie błędnika może spowodować niedosłyszenie słów przy utrzymanej percepcyi szmerów. Stan taki może pozorować głuchotę wyrazową i dać powód do zmieszania go z niemotą podkorową czuciową Wernickego. Odróżnienie tych stanów czytelnik znajdzie w wskazówkach, podanych na innem miejscu (Przegl. lek., 1903, Nr. 36.).

W każdym przypadku ogłuchnięcia lub niedosłyszenia znacznego stopnia można także zauważyć u dorosłych zmianę w mowie. Zatraca ona dźwięk, intonacyę, akcent i modulacyę. Wymowa staje się twardą, ostrą, grubą, szorstką, czasem trudno zrozumiałą i odstraszającą. W mowie niedosłyszącego uderza monotonność, bezdźwięczność, brak zmiany dźwięków silnych a słabych, nizkich a wysokich, albo zmiana taka następuje zbyt szybko. Głos, dopiero co bardzo donośny, staje się nagle zbyt cichym. Niektórzy chorzy mówią zwykle głośniej, niż potrzeba; inni znów zbyt cicho; jeden za wysoko, drugi za nizko, z brakiem t. zw. melodyi mowy. Wszystko to czyni mowę ich tak cechującą, że doświadczony może już po niej poznać chorego, mianowicie, że osoba mówiąca cierpi na przytępienie słuchu wyższego stopnia. Tam zaś, gdzie taki chory mówi zupełnie prawidłowo, należy to według Gutzmanna tłómaczyć tem, że dotykowe poczucie ruchów mowy odgrywa u niego od dzieciństwa silniejszą rolę, niż u innych i obejmuje rolę kontroli słuchu: „*Das Gefühl der sprachlichen Bewegung spielt bei ihnen seit der Kindheit eine weit stärkere Rolle. Die tactilen Momente der Sprache wirken eben noch*“. Zmiana mowy u niedosłyszących nie ogranicza się tylko na zmienionym dźwięku głosu, lecz odnosi się także do poszczególnych głosek, które stają się niewyraźnemi. Różnice między podobnie brzmiącemi samogłoskami, jak również między podobnemi spółgłoskami zacierają się w wymowie, albo przychodzi do mowy nosowej, otwartej lub zamkniętej. Najnowsze poszukiwania Urbantschitscha wykazały, że różne choroby ucha środkowego (polipy, nieżyty, obrzmienia błony śluz. i t. d.), mogą wywołać drogą odruchową niedowłady, a nawet zupełne porażenia w różnych sferach ruchowych, oraz zaburzenia równowagi, które z ustąpieniem choroby usznej natychmiast i na trwale ustępują. Między 50 przypadkami tamponowania uciskowego odsłoniętych przestworów ucha środkowego, 11 razy nastąpiło pogorszenie pisma, w jednym przypadku pisanie stało się niemożebnem. Po usunięciu tamponów znikły również zaburzenia w piśmie. W 2 przypadkach tamponada poprawiła pismo. W 13 przypadkach były zaburzenia mowy, przedewszystkiem w wymawianiu litery *s*. Może także przyjść nawet do afazyi. Porażenia odruchowe mogą się ze sobą łączyć i naśladować łudząco udar mózgowy. Atoli ustąpienie tej sprawy po uleczeniu ucha dowodzi ich charakteru odruchowego, czynnościowego. Takie same porażenia mogą także być wywołane z innych sfer czuciowych (nosa, ust) i odnosić się nietylko do sfery ruchowej, lecz także i do dziedziny zmysłów dotykowego i ciepłoty. Kokainizowanie odpowiedniej części błony śluzowej przed tamponadą zapobiega tym zaburzeniom, co najlepiej dowodzi ich odruchowej przyrody. Zaburzenia mowy najlżejszej postaci, wywołane drogą odruchową z narządu usznego, objawiają się prędkiem znużeniem głosu. Niekiedy lekkie zaburzenie mowy potęguje się podczas czytania coraz więcej aż do zupełnej niemożności czytania, a więc podobnie, jak w porażeniu myastenicznem. Niedowład mięśni mowy może się poprawić bezpośrednio po zgłębnikowaniu trąbki usznej, a po wyleczeniu usznej choroby przyczynowej całkiem ustąpić. W rzadkich przypadkach pokazuje się pomieszanie liter, albo jąkanie. Politzer opisał przypadek, w którym po wycięciu ukleja usznego wystąpiło jąkanie, które stało się trwałem.

Oprócz tych, niejako więcej bezpośrednio z ucha wynikających zaburzeń mowy, możemy przytoczyć cały szereg przypadków, w których zaburzenia mowy stoją w związku więcej pośrednim z chorobami narządu słuchowego.

Różne przewlekłe i ostre choroby uszne wywołują często różne powikłania śródczaszkowe, które ze swej strony tworzą podstawę przyczynową dla zaburzeń mowy ośrodkowego organicznego pochodzenia. Wiadomo, jak często cierpienia narządu słuchowego, a zwłaszcza ropne zapalenia ucha środkowego, pociągają za sobą różne powikłania śródczaszkowe i mózgowe. Że zaś ostatnie, zależnie od swej siedziby i rozciągłości, mogą zajmować ośrodki i drogi, służące dla mowy, jest w naturze rzeczy. W istocie zboczenia mowy stanowią nieraz bardzo ważny objaw dla rozpoznania przyrody i siedziby śródczaszkowego powikłania mózgowego. Prawie we wszystkich tych zawikłaniach mogą wystąpić zboczenia w czynności mowy, będące bądźto bezpośredniem następstwem choroby w samym ośrodku korowym, najczęściej w I-szym zwoju skroniowym, albo w drogach, łączących ten ośrodek z innymi, bądź też, i to rzadziej, skutkiem działania ogniska z oddalenia przez ucisk, zaburzenia w krążeniu i t. d. W istocie znane są przypadki zboczeń mowy prawie we wszystkich tych powikłaniach. Hansberg zestawia 57 przypadków takich powikłań, połączonych ze zboczeniami mowy. Zboczenia mowy w tych powikłaniach mogą przybierać najrozmaitsze postacie, mogą być stałemi lub też przemijającemi, zależnie od tego, czy zmiany je wywołujące polegają na zniszczeniu ośrodków układu mowy, czy też tylko na przemijającem zaburzeniu ich czynności.

Tu także widzimy różnicę między wiekiem dziecięcym a dojrzałym. Podczas gdy u dorosłych zaburzenia mowy skutkiem chorób mózgu występują tylko wtenczas, jeżeli choroby te mieszczą się w półkuli lewej, zaburzenia te u dziecka mogą towarzyszyć chorobom każdej półkuli. Zdarzają się zatem u dzieci afazye także w schorzeniu prawej połowy mózgu w połączeniu z lewem porażeniem połowiczem, co u dorosłych „prawaków“ wyjątkowo tylko uważano. W tem można znowu dostrzedz dowód, że u dzieci prawa połowa mózgu ma ważniejsze znaczenie dla mowy, niż u dorosłych. Stąd też pochodzi, że zboczenia mowy u dzieci trwają krócej i łatwiej się wyrównują; albowiem z powodu nieutrwalonego jeszcze różniczkowania czynnościowego różnych części mózgu u dzieci, jedna część może łatwiej zastąpić drugą, obejmując jej czynność, i przy zniszczeniu

jednego ośrodka lub jednej drogi stracona czynność może być prędzej przywróconą drogą kompensacyi przez inne części mózgu tej samej, albo przez równoznaczne odpowiednie miejsca drugiej półkuli. Ta zdolność przystosowania się czynnościowego różnych części mózgu jest w wieku dziecięcym większa, niż później. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Operationen am Ohre. Die Operationen bei Mittelohreiterungen und ihren intracraniellen Complicationen für Aerzte und Studierende. Doc. Dr. Heine Berlin. — S. Karger Berlin 1904.

Nauka o chorobach usznych zyskała w paru ostatnich dziesięcioleciach bardzo wiele na znaczeniu i rozwinęła się z małej niepozornej gałęzi na nader poważny dział medycyny ogólnej. Znaczenie to ma otyatrya do zawdzięczenia w pierwszym rzędzie postępowi chirurgicznego leczenia chorób usznych. Z tego też powodu książka, zajmująca się tymi sposobami leczenia, zasługuje na uwagę wszystkich lekarzy, a przedewszystkiem otyatrów i chirurgów. Zaczynając od operacyi na błonie bębenkowej, a kończąc na rękoczynach, wykonywanych na czaszce, przedstawia autor wszystkie zabiegi chirurgiczne, które mogą być wskazane z powodu chorób ucha środkowego i ich następstw mózgowych. Przytem nie ogranicza się na samem skreśleniu nowoczesnej techniki, lecz uzupełnia wszędzie uwagami historycznemi, tyczącemi się tych zabiegów, oraz bardzo dokładnemi i wyczerpującemi wskazaniami, co, jak również i uwagi rozpoznawcze, dołączone do każdej choroby, wymagającej zabiegu operacyjnego, podnosi znacznie pożyteczność tego dzieła.

Autor odróżnia wprawdzie nieżyt ucha środkowego od zapalenia, musi jednak przyznać, że nie zawsze można na pierwszy rzut oka poznać, czy się ma do czynienia z nieżytem, czy z zapaleniem i że zdarzają się formy przejściowe. Wobec tego nasuwa się pytanie, po co to odróżnienie? Właśnie z tych powodów, jako też na podstawie tożsamości w obu chorobach drobnoustrojów chorobotwórczych uważamy ten podział za nieuzasadniony i posiadający nadto jeszcze i tę niedogodność, że utrudnia przegląd i oryentowanie się. Co do wskazań do nacięcia błony bęben., które w ostatnich czasach poruszyły żywiej umysły, autor przyłącza się do większości autorów i stoi na stanowisku Schwartzego w przeciwieństwie do nowszych poglądów szkoły praskiej. Wogóle kieruje się on pod tym względem dolegliwościami chorego i zachowaniem się wyrostka sutkowego, co za zupełnie słuszne uznać należy. Wycięcie kostek słuchowych uważa autor za wskazane, jeżeli można z pewnością wykazać odosobnione ich próchnienie i jeżeli słuch znacznie już jest upośledzony, a leczenie zachowawcze okazało się bezskutecznem. Otwarcie wyrostka w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego jest wskazanem, jeżeli ropienie trwa bez zmiany 4—6 tygodni. Nie możemy się zgodzić z autorem, gdy twierdzi, że w każdym przypadku oddłutowania wyrostka powinno się otworzyć także jamę sutkową, gdyż mamy przypadki, w których usunięcie powierzchownej spróchniałej warstwy wyrostka bez otwarcia jamy sutkowej wystarczyło i doprowadziło do zupełnego wyleczenia.

O świetnym darze obrazowania świadczy między innemi doskonałe skreślenie przez autora stosunków topograficznych górnego uchyłka jamy bęben. i przestworu Prussaka. Stanowisko więcej zachowawcze, zajęte przez autora w kwestyi wskazań do operacyi doszczętnej, odpowiada zupełnie najnowszym doświadczeniom poczynionym z tą operacyą. Co do techniki tej operacyi, to autor ograniczył się do przedstawienia tylko metod używanych na klinice Lucaego, tj. metod Zaufala i Stacke'go z zupełnem pominięciem innych, jak np. metoda Schwartzego. Tak samo nie są podane wszystkie metody do plastycznego zamknięcia pooperacyjnego otworu zausznego. Do opisu operacyi na samym wyrostku dołącza autor zbiór wskazań i obraz techniki operacyi na błędniku. Zabiegi te są jednak nie tylko najtrudniejsze, lecz także jeszcze najmniej wydoskonalone, jak również sprzeczne i nieustalone są jeszcze wskazania do nich.

W dalszych częściach następują: rozpoznanie, wskazanie i technika operacyi ropnia pod oponą twardą, zakrzepu uciskowego, przyściennego, zatykającego i zakaźnego zatoki poprzecznej, jamistej i skalistej, oraz opuszki żylnej i nareszcie rozpoznanie i leczenie operacyjne ropnia mózgowego i zapalenia opon mózgowych. Osobny, stosunkowo obszerny rozdział poświęcił autor kwestyi podwiązania żyły szyjnej, roztrząsając czynniki przemawiające za — i przeciw temu zabiegowi. Ze względu na to, że zabieg ten nie odpowiada często spodziewanym po nim skutkom, a nieraz nawet szkodzi, należy go wykonywać li tylko na podstawie ściśle określonych wskazań. Do tych według autora należą: zatykający zakrzep opuszki żylnej, schorzenie żyły szyjnej, dalej — jeżeli się nie udaje dojść do ośrodkowego końca rozpadającego zakrzepu. Również osobny rozdział poświęcony jest wskazaniom i technice nakłucia lędźwiowego, które autor uważa za zabieg nietylko nie obojętny, lecz przeciwnie za wymagający ścisłych i dokładnych wskazań. Kilku słowami o nakłuciu komór mózgowych kończy autor swoje dzieło, godne wszelkiego polecenia.

W każdem zdaniu można poznać ucznia sławnej szkoły berlińskiej Lucaego, któremu autor dzieło to poświęcił. Uwagi i wskazówki, tyczące się szczegółów postępowania i wymaganych ostrożności wśród operacyi, świadczą o doświadczonym i wytrawnym operatorze. Uporządkowanie treści jest przejrzyste i celowi odpowiednie. Obrazy, przedstawiające stosunki anatomiczne i technikę operacyjną, są wykonane artystycznie i wraz z zewnętrzną formą książki odpowiadają najwybredniejszym wymaganiom i stanowią cenną ozdobę dzieła i chlubę wydawcy. *Spira.*

V. Wyciągi.

C. Flügge. **Zwalczanie gruźlicy.** (*Deutsche medic. Wochenschrift,* 1904, Nr. 8). *W odpowiedzi Behringowi na jego artykuł autor czyni następujące uwagi:* 1) Co do gruźlicy, powstałej wskutek wdychiwania prątków, to już Ribbert wykazał, że gruźlica nie powstaje pierwotnie w tkance płucnej, więc w pęcherzykach, lecz tam dostaje się drogą naczyń chłonnych. Paul wykazuje, że prątki gruźlicze, dostawszy się do płuc, prędko znikają, częściowo wchłaniane przez narząd chłonny, częściowo przez prawdopodobne zabicie na miejscu; mimo tego ze stanowiska higienicznego sprawa wystrzegania się zakażenia przez wdychiwanie nie ulega zmianie, gdyż według doświadczenia tego samego Paula 4% wdychiwanych prątków gruźliczych dostaje się do najdrobniejszych oskrzeli, a 96% pozostaje w górnych drogach oddechowych i zakaża ustrój drogą naczyń chłonnych błony śluzowej ust, przełyku, krtani i t. d.; wobec tego musimy nadal zwalczać gruźlicę szerzącą się drogą powietrza. 2) Ażeby człowiek dorosły tylko wtedy mógł zachorować na gruźlicę, jeżeli za młodu się nią zaraził, to trudno udowodnić; w każdym razie wynika z tego konieczność, by szczególniej niemowlęta chronić od zarażenia się. 3) Twierdzenie Behringa, że gruźlica u ludzi powstaje głównie tylko z powodu karmienia mlekiem, pochodzącem z krów perliczych, nie wytrzymuje krytyki, gdyż mleko, podawane oseskom, wszędzie gotują, przez co prątki gruźlicze, znajdujące się w mleku, zostają napewne zabite; główną zaś rolę odgrywa zakażenie się przez pożycie z osobami choremi na gruźlicę, przez wdychiwanie rozpylonych: śliny, śluzu, kurzu i przez dotykanie się przedmiotów, gruźlicą zakażonych. 4) Pierwszym warunkiem walki przeciw gruźlicy musi być usunięcie prątków gruźliczych z otoczenia dziecka; na drugim zaś planie może być mowa o specyalnem uodpornieniu; o tem zaś, żeby wprowadzenie z mlekiem ciał przeciwnych gruźlicy miało wystarczyć dla ochrony ustroju dziecka, na razie mowy być nie może. 5) Mleko z formaliną musi szkodzić już przez zawartość formaliny i nie wystarcza do ochrony ustroju przed zakażeniem się z powietrza i z otoczenia, a przez to,

że mleko jest niegotowane, odpada i ta pewność, że mleko nie zawiera napewno prątków gruźlicy. 6) Własność przeciwprątkowa mleka jest nieznaczną i niestałą, przez używanie rozcieńczeń osłabia się ją jeszcze bardziej tak, że nie mamy najmniejszej pewności, czy te ciała bakteryobójcze wystarczą do zabicia choćby części bakteryi, dostających się z mlekiem do przewodu pokarmowego. Doświadczenia w klinice Czernego nie wykazały różnicy przy karmieniu oseśków mlekiem surowem i gotowanem, a tylko mleko bardzo długo gotowane jest szkodliwem. 7) Wprowadzenie na targ polecanego przez Behringa mleka z formaliną jest niebezpiecznem, dając sposobność do nadużyć i mogąc się stać przyczyną rozszerzenia innych chorób, nietylko gruźlicy. *H.*

Zeldowicz. **Śródotrzewnowe przedarcia pęcherza moczowego.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 41—42). W celach rozpoznawczych rozróżnia Z. 2 okresy w przedarciach śródotrzewnowych pęcherza moczowego: do pierwszego zalicza przypadki świeże, rozwijające się pod okiem lekarza nie później nad 24 godzin po uszkodzeniu; do drugiego zaś wszystkie późniejsze. W przypadkach świeżych rozpoznanie jest łatwe. Cechującym objawem jest niemożność dowolnego oddawania moczu pomimo częstego bolesnego parcia na mocz, niekiedy zaś wyciekanie z cewki moczowej niewielkiej ilości krwi, wreszcie brak moczu w pęcherzu przy cewnikowaniu. W przypadkach późniejszych występują na pierwsze miejsce objawy zapalenia otrzewnej, co utrudnia rozpoznanie sprawy podstawowej. Dla ułatwienia rozpoznania w tych razach autorowie zalecają wprowadzać do pęcherza płyn i z ilości jego, wyprowadzonej napowrót, wnosić, czy pęcherz moczowy jest uszkodzony. Objaw ten Z. uważa za niepewny i nieraz szkodliwy; może on bowiem uczynić niezupełne przedarcie zupełnem. Więcej wagi przypisuje autor drugiemu objawowi, mianowicie, że w razie przedarcia pęcherza moczowego można z łatwością przeprowadzić cewnik do jamy brzusznej i wyczuć jego koniec przez powłoki brzuszne. Wreszcie w razie przedarć śródotrzewnowych można otrzymać cewnikiem znaczne ilości płynu (niekiedy kilka litrów) z ogromną zawartością białka. Objaw ten powinien już sam przez się naprowadzać na podejrzenie przedarcia pęcherza moczowego, ponieważ tak znaczne ilości płynu, wielokrotnie przewyższając przeciętną najwyższą pojemność pęcherza moczowego, mogą pochodzić jedynie z jamy większej od pęcherza pojemności, mianowicie z jamy brzusznej. Objaw ten zdarza się tylko w razie przedarć śródotrzewnowych. Zewnątrzotrzewnowym przedarciom towarzyszy zwykle wydzielanie moczu w umiarkowanej ilości (200—300 ctm.). Z. zaznacza jednak, że i przedarcia śródotrzewnowe mogą dawać niekiedy również ilości moczu, zbliżone do prawidłowej, mianowicie w tych rzadkich przypadkach, gdy przedarcie pokrywa się pętlą jelita, tamującą dostęp moczu do jamy otrzewnowej, również w przypadkach zbyt małych przedarć. Niektórzy autorowie podają wreszcie dla odróżnienia przedarć zewnątrz — od śródotrzewnowych tę okoliczność, że w razie przedarć zewnątrzotrzewnowych powstaje nad spojeniem łonowem nieruchome ograniczone przytępienie odgłosu wypukowego. Objaw ten jest, zdaniem Z., niepewny, ponieważ podobneż przytępienie może powstawać i podczas przedarcia śródotrzewnowego, jeśli wskutek zrostów między jelitami tworzy się naokoło pęcherza moczowego jama, do której dostaje się mocz; z innej zaś strony przedarciom zewnątrzotrzewnowym może towarzyszyć obszerne oddzielenie się otrzewnej, co stwierdza się dużym pasem przytępienia odgłosu wypukowego, lub nawet zapaleniem otrzewnej. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Ziwert. **Rzadki przypadek szmeru naczyniowego w okolicy wątroby.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 46) Z. opisuje przypadek raka żołądka, spostrzegany w klinice prof. Wagnera (Kijów), w którym na 2 tygodnie przed śmiercią wystąpił szmer po prawej stronie klatki piersiowej między linią przymostkową i przednią pachową na przestrzeni od 4 do 7 żebra: szmer był bardzo wyraźny, dmuchający, nieprzerwany; był on wyraźny ściśle w wskazanej okolicy, poza granicami której szybko znikał; najwybitniej szmer ten występował w położeniu leżącem chorego *en trois quart* na lewym boku; w położeniu siedzącem szmer znikał; podczas skurczu serca i wydechu szmer wzmagał się. W opuszce żyły szyjnej słyszało się w położeniu siedzącem szmer słaby, który znikał w położeniu leżącem. W okolicy serca żadnych szmerów nie było. Brzuch był bardzo wzdęty i zawierał dużo płynu wolnego. W następnych dniach wystąpiły częste obfite wypróżnienia, wskutek czego wzdęcie brzucha zmniejszyło się w znacznej mierze i puchlina brzuszna zaczęła szybko znikać; po 4 dniach znikł również i szmer. Badanie zwłok obok raka żołądka (*scirrhus*) wykazało obecność zbitych sznurów włóknistych, które przebiegały od dolnej powierzchni płuca prawego do brzegu czworokątnego otworu przepony, oraz tęgich zrostów między przeponą a lewym płatem wątroby w okolicy żyły próżnej. Na podstawie tych zmian Z. odnosi szmer do żył, mianowicie silne wzdęcie brzucha i puchlina brzuszna znacznie podnosiły przeponę i skręcały wątrobę brzegiem dolnym w kierunku do przedniej powierzchni brzucha. Wskutek tego przytoczone zrosty i sznury rozciągały się i zaciskały żyłę próżną; w położeniu zaś pionowem przepona podczas głębokich wdechów obniżała się, skręcenie wątroby zmniejszało się, co wywoływało luźniejsze zaciskanie żyły próżnej i znikanie szmeru. Istotnie gdy przepona wskutek opadnięcia brzucha powróciła do zwykłego położenia, szmer znikł. Przypadek Z. nie ma podobnych w piśmiennictwie.

Witold Orłowski (Ptbg).

Jagna. **Wpływ promieni radu na aglutynującą własność surowicy krwi chorych na dur brzuszny.** (*Russkij Wracz*, 1903, Nr. 49). J. badał w klinice prof. Botkina (Petersburg) wpływ promieni radu na aglutynującą własność surowicy krwi chorych na dur brzuszny i przyszedł do przekonania, że rad znosi zupełnie tę własność surowicy w razie działania jego w ciągu 2 do 3 dni; mniej długotrwałe działanie osłabia tylko tę własność w wysokim stopniu. Ten wpływ radu zależy prawdopodobnie od tak zw. β-promieni. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Dr. D. Panyrek. **Wełnica pospolita, jako nowy środek opatrunkowy, zwłaszcza w przypadkach nagłej pomocy.** (*Časopis lékařů českých*, Nr. 51, 1903). Wata, zwłaszcza starannie przyrządzona dla celów lekarskich, stanowi tak znakomity środek opatrunkowy, że trudno niemal sobie wyobrazić, by mogło istnieć coś lepszego. Jedyną jej wadą jest to, że nie możemy jej w stanie suchym na ranę przyłożyć, wywołuje bowiem w niej stan zapalny; brak ten atoli jest tak nieznaczny, iż śmiało możemy watę uważać za idealny środek opatrunkowy. Zdarzają się atoli takie przypadki, gdzie pomimo naglącej potrzeby w żaden sposób waty dostać nie można: ma to miejsce przedewszystkiem w praktyce wiejskiej. Otóż w takich to razach znakomitą usługę oddać nam może wełnica pospolita, którą od kwietnia do lipca wszędzie na mokrych łąkach spotykamy w tym okresie rozwoju, że jej puszek kwiatowy doskonale nadaje się do opatrunku. Co więcej, autor przekonał się, że puszek wełnicy może być tak przyrządzony, że nawet w klinikach w zupełności watę zastąpić może, a nawet ją pod niejednym względem przewyższa. Ponieważ o takiem zastosowaniu wełnicy dotąd niema najmniejszej wzmianki, uważam sobie za obowiązek możliwie obszernie streścić wywody autora, zwłaszcza, że o ileby wśród szerszego koła lekarzy głos czeskiego kolegi znalazł posłuch, sprawa ta dla naszego włościanina mogłaby mieć niepoślednie znaczenie ekonomiczne.

Wełnica (*Eriophorum*) jest to roślina, należąca do rzędu ciborowatych i nader u nas pospolita, rośnie bowiem w wielkiej ilości na mokrych łąkach torfowych, kwiaty posiada dwupłciowe, zebrane w kłosy i otoczone włoskami, które podczas dojrzewania owocu mocno się rozrastają, wychodzą z plew i nadają kłosom wejrzenie kłaczków bawełny. U nas najpospolitsze są wełnica wielokłosa (*E. polystachium*) i pospolita lub wązkolistna (*E. angustifolium*), które przeto nieco dokładniej opiszemy. Wełnica wielokłosa posiada liście lancowate, płaskie, ku górze trójgraniaste, na łodydze kwiatowej miewa po 5—12 kłosów; puch kwiatowy jest równo ucięty, łuskowate zaś przykwiatki ostro zakończone; wełnica wązkolistna posiada liście u dołu żłobkowane, ku górze trójgraniaste, kłosów 3—8, puch zaś zaokrąglony; kwitnie wełnica od kwietnia do lipca i w tym to okresie puszek jej jest najbardziej do użytku przydatny.

Jak dotąd wełnica nie posiada żadnego zgoła praktycznego zastosowania; bydło je ją niechętnie, jedynie w południowych Czechach uboga ludność kłoskami wełnicy zamiast pierza wypycha poszewki od poduszek.

Przyjrzyjmy się bliżej naszej domowej wacie: kłos wełnicy składa się z bardzo licznych włókienek, które, umocowane na samem nasionku, rozchodzą się promienisto; długość oddzielnych włókienek wynosi koło 2 ctm.; wszystkie włókienka posiadają jednakową grubość, zaś ku końcowi są zaostrzone, wewnątrz próżne i dosyć sprężyste. Po wyschnięciu nieco kruszeją i zlekka żółkną. W ten sposób każde nasionko posiada jakby kitę, za którą można je z kłosu wyciągnąć; atoli dopóki kłos jest niedojrzały, nasionka tkwią w nim tak mocno, że nie dają się z wełny wyciągnąć i ta właśnie okoliczność powinna być przy zbieraniu puchu wełnicy wzięta pod uwagę; o ile bowiem będziemy go zbierali przed dojrzeniem kłosów, t. j. w maju, najpóźniej zaś w początkach czerwca, o tyle czystszą otrzymamy watę. Rozpatrywane pod drobnowidem włókienko wełnicy przedstawia się w postaci długiej, równej, płaskiej wstęgi, 4 do 6 razy szersze od włókna bawełnianego. Na wstędze tej widzimy rysunek, który przypomina nam opaski dziewcząt wiejskich i składa się z ciemnych podłużnych linii, tu i owdzie upstrzonych barwnemi plamami.

Linie owe składają się z szeregów wydłużonych słupkowatych, równolegle do siebie ułożonych komórek. Zwłaszcza wyraźnie występuje rysunek, gdy włókienko wełnicy oglądamy w ługu sodowym, kwasie octowym lub wyskoku. Włókna wełnicy chłoną i utrzymują w sobie wodę, a jeszcze bardziej wyskok i pod tym względem nie różnią się od waty. Badanie drobnowidowe przekonywa nas, że rozmaite środki chemiczne, jakich używamy przy opatrunkach, nie wywierają na włókienka wełnicy zgoła żadnego wpływu niszczącego, owszem dowodzą, że jest wełnica raczej trwalszą od waty. Jedynie należy unikać dłuższego zetknięcia wełnicy z $HgCl_2$ lub $AgNO_3$, które, jak wiadomo, niszczą wszystkie włókna roślinne. Rzucona na zimną wodę, wełnica pływa; w ciepłej natomiast tonie, ale po wyschnięciu w niczem nie ulega zmianie na gorsze. Puch wełnicy trzymany przez całe tygodnie w słońcu, nieco żółknie, ale nie kruszeje w tym stopniu, by się nie nadawał do opatrunku; owszem, elastyczność jego tylko bardzo nieznacznie się zmniejsza.

Jednem słowem ze wszelkich termo-chemicznych prób, jakim ją Dr. Panyrek poddał, wyszła wełnica całkiem zwycięzko. Co się tyczy badań klinicznych, to i pod tym względem autor jest nader z wełnicy zadowolony, przekonał się bowiem, że wchłania ona dobrze wydzieliny, przeziewu zaś skórnego nie utrudnia. Oczywiście do opatrunków używał Panyrek wełnicy, uprzednio przez gotowanie w wodzie wyjałowionej. Szczególnie dobre usługi oddaje wełnica w połączeniu z kolodyonem przy drobnych skaleczeniach, tworzy bowiem na razie szczelną, a nie pękającą powłokę. Wobec tych dodatnich własności autor gorąco poleca uwadze ogółu lekarskiego wełnicę, za którą przemawiają jeszcze następujące względy: wełnica jest przecie rośliną krajową, nie wymagającą żadnej zgoła uprawy, rośnie bowiem na najlichszych gruntach, dotąd żadnej nie przynoszących korzyści. Rozpowszechniając przeto użycie wełnicy w lecznictwie, przysporzylibyśmy krajowi sporo grosza, wywożonego dotąd za granicę. Wprawdzie wata jest bielsza, więc estetyczniej wygląda; na korzyść wełnicy natomiast przemawia ta okoliczność, że włókna jej są trwalsze, że mógłby ją zbierać sam lud, ciągnąc stąd mniejszy lub większy zysk, tudzież posiadając zawsze pod ręką doskonały materyał opatrunkowy, tak niezbędny w każdej chacie włościańskiej. Sposób przyrządzania wełnicy jest nader prosty: po zebraniu puchu kwiatowego należy go wyjałowić przez gotowanie w wodzie, a po wysuszeniu otrzymujemy zdatny do użytku materyał opatrunkowy. Drugi sposób zasadza się na przygotowaniu poduszeczek, wypełnionych wełnicą, które po wyjałowieniu i wysuszeniu mogłyby zastąpić poduszeczki z wełną drzewną, tak często w chirurgii używaną.

(Kończąc sprawozdanie z pracy Sz. kolegi czeskiego, ośmielam się zwrócić do wszystkich kolegów z pokorną prośbą, by zechcieli w odpowiednim czasie podjąć na szeroką skalę próby z wełnicą. Jeżeli bowiem ta okaże się tak dobrą, jak o tem donosi Dr. Panyrek, o czem zresztą niema żadnej racyi powątpiewać, w takim razie przysporzylibyśmy ludowi naszemu niemało zysku, a już ten jeden wzgląd tak jest ważny, że warto dlań popracować. Sądziłbym również, że dobrzeby było ten nowy krajowy środek opatrunkowy zaprodukować na mającej się w tym roku odbyć we Lwowie Wystawie przyrodniczo-lekarskiej. Wogóle jestem zdania, że podjęta przez Dra Panyrka myśl zasługuje na jak największą uwagę i poparcie tak w sferze lekarskiej, jak i przemysłowej. *Sprawozdawca).*

Dr. Fr. Grodecki.

Uffenorde. **Przyczynek do histologii bujania migdałka trzeciego ze szczególnem uwzględnieniem gruźlicy, oraz wskazania do operacyi.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, T. 58, 1903). Na 64 przypadków znalazł autor w 3 gruźlicę w wyciętym trzecim migdałku, a z tych w 2-ch przypadkach gruźlica była pierwotna, gdyż nigdzie w ustroju gruźlicy znaleźć nie było można i po wstrzyknięciu tuberkuliny nie występował odczyn. U. uważa badanie mikroskopowe wyciętego migdałka za więcej odpowiednie dla wykrycia gruźlicy w migdałku, niż metody bakteryologiczne. *Dr. Teofil Zalewski.*

Piffl. **Przyczynek do sposobu odsłonięcia opuszki żyły szyjnej wewnętrznej.**

Zaufal. **Przyczynek do sposobu odsłonięcia i wypłókania opuszki żyły szyjnej wewnętrznej przy zakrzepie zatoki poprzecznej.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 58, 1903). Piffl zwraca uwagę na trudności, jakie bywają nieraz przy odsłonięciu opuszki żyły szyjnej, jeżeli się chce odsłonić ją w ciągłości z zatoką esowatą. W tych przypadkach proponuje, podobnie jak i Grunert, odsłonięcie od strony jamy bębenkowej, przez usunięcie dolnej ściany przewodu usznego i dna jamy bębenkowej. Na sposób ten wpadł Piffl i w jednym przypadku wykonał go niezależnie od Grunerta.

Zaufal zwraca uwagę, że przepłókiwanie opuszki żyły szyjnej, jak to zaleca Grunert, doradzał on już dawniej w rozprawie swojej o zakrzepie zatoki poprzecznej. Z. zwraca uwagę na to, że odsłonięciu opuszki żyły szyjnej w jednej ciągłości z zatoką esowatą może stać na przeszkodzie w niektórych przypadkach, prócz wyrostka poprzecznego pierwszego kręgu szyjnego, *processus paracondyloideus*, który w niektórych przypadkach może być tak silnie rozwinięty, że tworzy z wyrostkiem poprzecznym pierwszego kręgu szyjnego staw. *Processus paracondyloideus* znajduje się w połowie odległości między *sutura mastoideo-occipitalis a processus condyloideus.* *Dr. Teofil Zalewski.*

A. Bittorf. **Ostre i przewlekłe zapalenie kiszki grubej, w szczególności kiszki esowatej.** (*Muench. med. Wochenschrift*, Nr. 4, 1904). Do objawów tego cierpienia należą: ogólne osłabienie, bóle głowy. Gorączka, raz mniejsza, raz większa, nawet ponad 39.5. Wzdęcie czasami całego brzucha, czasem tylko częściowe. Opór kształtu podłużnego i bolesność w okolicy talerza biodrowego lewego. Stolec zazwyczaj zaparty. W jednym przypadku był wyraźny odczyn Rosenbacha, chociaż niema nigdy występować w zaparciu żywota (Ewald-Rosenbach). Autor stwierdził raz wysięk otorbiony i to znaczny. Wysięk ten szybko ustąpił. Nawet w lekkich przypadkach liczba ciałek białych wynosiła ponad 24.000, chociaż ropienia nie było, co sprzeciwia się twierdzeniu Curschmanna, który utrzymuje, że już 20—22000 ciałek białych świadczy o ropieniu. Leczenie polega na spokoju, okładach wysychających, dyecie, olejku rącznikowym, czasem na podaniu makowca. Obraz przypadków przewlekłych jest taki sam, tylko że oporność przez czas dłuższy daje się wyczuć, a gorączka waha się między 37·3 a 38° C. Leczenie — jak w przypadkach ostrych. Czynnikiem usposabiającym do tego cierpienia są nieżyty jelit, zaparcie stolca i nerwice.

J. Opolski.

Hecht. **Suprarenina.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 5, 1904). Przetwór ten jest na składach w proszku i w rozczynie wodnym w połączeniu z kw. octowym lub też solnym. Używając rozczynu wodnego autor wykonywał szereg operacyi w chorobach górnych dróg oddechowych i narządu słuchowego prawie zupełnie bezkrwawo. Suprarenina w połączeniu z kw. solnym zawiera na 1000 grm. rozczynu soli kuchennej (0.9%) 1 grm. supraneniny. Do celów rozpoznawczych używa autor rozczynu 1:5000 do 4000, w celach operacyjnych 1:2000—1000. Kładzie on na pole operacyjne watę dobrze wyciśniętą z rozczynu chlorku suprareniny 1·0:2000 z dodatkiem 10% kokainy i trzyma ją przez 15 minut. Jeżeli błona śluzowa nie jest zupełnie blada, to pociera jeszcze rozczynem 1:1000. Znakomite usługi oddaje w nawykowem krwawieniu z nosa. W nieżytach nosowych ostrych i przewlekłych, połączonych ze znacznem przekrwieniem błony śluzowej, podaje tabaczkę:

Rpf. Zinc. sozojodol. 0.3 (0.5—1.0),
Menthol. 0.2 (0.3—0.5),
Suprarenin. cryst. 0.001 (0.002),
Sacchari lactis 10.0.

Suprarenina używaną jest również w ginekologii i okulistyce. Wewnętrznie podawano ją w krwotokach żołądkowych i krwiopluciu (Lange, Graeser). Autor nigdy nie zauważył jakichkolwiek ujemnych następstw przy użyciu przetworów nadnercza na błony śluzowe. *J. Opolski.*

A. Schücking. **Znacznego stopnia zabarwienie skóry po zastrzyknięciu wyciągu nadnercza.** (*Münchener medic. Wochenschrift*, Nr. 5, 1904). W pięciu przypadkach wstrzykiwał autor rozczyn adrenaliny 1:1000 3 ctm. sz. w celu zapobieżenia krwawieniu podczas operacyi ginekologicznej. W 2 przypadkach wystąpiła przemijająca sinica, w trzech silne wymioty, możliwie wskutek usypiania chloroformem z eterem. W jednym przypadku po wstrzyknięciu adrenaliny w część pochwową już w 7 minut wystąpiło ciemno-niebieskie zabarwienie skóry, podobne jak w chorobie Addisona. Tętno było wyczuwalne, oddechy płytkie. Po zastosowaniu sztucznego oddychania, oddechy stały się regularnymi i głębokimi. Chora obudziła się z gwałtownymi wymiotami. Zabarwienie skóry trwało w ciągu pół godziny. *J. Opolski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

O działaniu tiokolu. (*Deut. Aerzte Ztg.* Nr. 21, 1903). Dr. A. Ott podaje wyniki doświadczeń, przeprowadzonych w berlińskiej klinice uniwersyteckiej prof. Leydena. Sam spostrzegał dobre działanie tiokolu w gruźlicy, stosując go w ciągu kilku lat w lecznicach dla piersiowo chorych. Skuteczność leku tłómaczy

wpływem miejscowym na wydzielanie żołądka i jelit, względnie polepszeniem wchłaniania. Niejednokrotnie mógł stwierdzić po tiokolu powiększenie ilości wolnego kwasu solnego. Z taką poprawą przyswajania łączy się też naturalnie ogólne wzmocnienie ciała, a z tem korzystny wpływ na zmiany gruźlicze w płucach i na objawy, towarzyszące tym zmianom. W tiokolu mamy środek, który nie ma wszystkich nieprzyjemnych własności gwajakolu, względnie kreozotu, natomiast posiada w zupełności korzystne ich działanie.

Baschkopf.

Leczenie kąpielami nasyconemi kwasem węglowym i ich niebezpieczeństwa. (*Neue Therapie*, Nr. 6, 1903). W ostatnich czasach coraz więcej wchodzą w życie kąpiele, nasycone kwasem węglowym (Nauheim w Niemczech, Royat, Chatel-Guyon we Francyi); przypisuje się im własność regulowania i wzmacniania skurczów serca, zwalniania tętna „drogą odciągnięcia krwi z trzew ku powierzchownym naczyniom włosowatym“, przypuszcza się „wessanie wypocin zastawkowych“, usunięcie miażdżycy tętnic wieńcowych, anatomiczne wyleczenie chorób sercowych, zmniejszenie rozszerzonego serca, choć w rzeczywistości osiągnąć można tylko poprawę czynnościową. Ponieważ kąpiele te mogą stać się w niektórych przypadkach niebezpiecznemi, przestrzega H. Huchard przed ich nadużywaniem, gdyż spostrzegano po nich śmierć z udaru. Także Pawiński w Warszawie ubolewa nad nadużywaniem tych kąpieli. Huchard donosi o trzech przypadkach, które zakończyły się śmiercią; autor ten twierdzi, że leczenie w Nauheim, skutkiem działania potęgującego na parcie krwi łączy się z wielkiem niebezpieczeństwem dla chorych, cierpiących na zmiany w tętnicach sercowych. Leczenie to wskazane jest tylko w niektórych chorobach zastawkowych. Ciepło wywiera silne działanie na serce przez wpływ nawałowy i rozszerzający naczynia w krążeniu obwodowem. Dlatego tak dobrze nadają się w zmianach tętnic lub zastawek sercowych wody w Bourbon-Lancy dzięki swej ciepłocie i działaniu moczopędnemu.

Baschkopf.

Leczenie złośliwych nowotworów zapomocą formaliny. Działanie formaliny, ścinające białko, naprowadziło Povella na myśl leczenia tym przetworem złośliwych nowotworów, by je tym sposobem niejako zamienić w ciało obce, ulegające oddzieleniu się. Autor pokrywał nowotwory watą, zwilżoną 2%-wą formaliną (miesza się 1 część kupnego (40%) roztworu z 19 częściami wody przekroplonej), a opatrunek zmienia się co 6 godzin. Po 3—4-tej zmianie opatrunku znika wydzielina cuchnąca, guz staje się niewrażliwym i można go rozgnieść; wytwarza się linia demarkacyjna, jak w zgorzeli, wreszcie guz odpada. Tym sposobem oddzielił się w 12 do 16 dniach mięsak i rak wargi. Inni angielscy autorowie twierdzą, iż po stosowaniu czystej, lub 40—50%-wej formaliny w glicerynie osiągnęli w rakach skórnych także dobre wyniki, jednakowoż tak silne roztwory można stosować tylko po znieczuleniu ogólnem lub miejscowem. (*Klin. therap. Woch.*, Nr. 34, 1903).

Baschkopf.

Tigenol w chorobach narządu słuchowego. (*Monatsschrift für Ohrenheilk.*, Nr. 11, 1903). Dr. E. Urbantschitsch stosuje tigenol w chorobach usznych i osiągnął w przeważającej liczbie przypadków wyniki zadowalniające, a często stwierdził wpływ korzystny, którego stanowczo nie mógł uzyskać przy użyciu innych leków. Ze względu na działanie tigenolu, powstrzymujące wydzielanie, stosował go U. w przewlekłych ropieniach ucha środkowego. Szczególnie w jednym przypadku był skutek szybki, podczas gdy wkraplanie roztworu azotanu srebrowego, 2%-wego wyskoku salicylowego i t. d. nie sprowadziły polepszenia. Uderzająco korzystnem okazało się działanie tigenolu w ostrem ropnem zapaleniu ucha środkowego bez przebicia błony bębenkowej. Skutecznym był także tigenol w rozlanem zapaleniu zewnętrznego przewodu usznego, wreszcie w wyprysku małżowiny usznej. Urbantschitsch poleca:

Rp. Thigenol »Roche» 2,0—4,0. Glycerini, Aq. dest. aa 10,0. S. Co 3 godz. 10 kropli zapuścić do ucha na 5—10 minut.

Rp. Thigenol »Roche» 5,0. Spirit. vini rectif. 20,0. Aq. dest. 10,0. S. 3—4 razy dziennie zapuścić do ucha na 10 min.

Rp. Thigenol »Roche» 5,0. Hydrog. hyperox. 6% 10,0—20,0. Spirit. vini rectif. 20,0—10,0. S. 3—4 razy dziennie zapuścić do ucha.

Rp. Thigenol »Roche» 2,0—4,0. Lanolini. Vaselini aa 10,0. S. Kilka razy dziennie mocno wcierać.

Rp. Thigenol »Roche» 1,0. Acid. borici 10,0. M. f. pulv. subt. pulver. S. 10% kwas tigenolo-borowy. *Baschkopf.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 24 lutego 1904 r.

Przewodniczący kol. prof. Nowak. Obecnych członków 33.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Na wniosek Komitetu przyjęto jednogłośnie na członków Towarzystwa kolegów: Berezowskiego Tadeusza, Cybulskiego Teodora, Progulskiego Stanisława, Radeckiego Pawła, Stankiewicza Wiktora i Wojciechowskiego Brunona.

III. Kol. T. Piotrowski demonstruje krążek, zrobiony przez babkę wiejską z prętów brzeziny, powleczonych woskiem. Chora nosiła krążek ten przez 5 lat. Następnie kol. Piotrowski przedstawia i omawia dwa przypadki cięcia cesarskiego z wskazania bezwzględnego u pierwiastek. Jeden z nich dotyczył karlicy, liczącej lat 20, symetrycznie zbudowanej, 122 ctm. wysokiej, u której *C. diagonalis* wynosiła 9 ctm. Zawezwany do porodu lekarz usiłował wykonać obrót, a gdy mu się to nie udało, odesłał rodzącą do szpitala. W chwili przyjęcia stwierdzono ciepłotę i tętno prawidłowe, położenie płodu podłużne główkowe z wypadnięciem rączki; tętno płodu dobre. Wykonano laparotomię i po otwarciu macicy cięciem podłużnem, wydobyto płód żywy, ważący 2540 gr. Ranę w macicy zaszyto. Połóg przebiegał wśród objawów ostrego zakażenia, pojawiła się mianowicie biegunka, obfite odchody ropiaste, zapalenie opłucnej, liczne odleżyny przy stale utrzymującej się wysokiej gorączce. Wstrzykiwaniami surowicy Marmorka, przepłókiwaniami macicy, środkami, podtrzymującymi czynność serca, zdołano chorą uratować. Płód zmarł po 17 dniach wskutek zapalenia płuc.

Drugie cięcie wykonano u mężatki 26-letniej, okazującej wybitne zmiany krzywicze, 112 ctm. wysokiej, u której *C. diagonalis* wynosiła 8½ ctm. Zawezwany do porodu lekarz usiłował zrobić wymóżdżenie, a gdy próby te wskutek ścieśnienia miednicy spełzły na niczem, odesłał rodzącą do szpitala. W chwili przyjęcia stwierdzono ciepłotę rodzącej 38°, tętno 120. Położenie płodu podłużne główkowe. Srom obrzękły, liczne, pokryte szarym nalotem otarcia na sromie i w pochwie; wypływ z pochwy cuchnący. Wykonano cięcie z następową amputacyą nadpochwową. Kikut obszyto, przymocowano do rany w powłokach, a nadto oddzielono go od jamy otrzewnej setonami z gazy jodoformowej. Połóg przebiegał bez gorączki. Operowana po 3 tygodniach opuściła oddział. Wydobyty płód żywy, płci żeńskiej ważył 2750 grm., karmiony przez mamkę, gdyż matka mimo dobrze rozwiniętych sutków zupełnie straciła pokarm. (*Streszczenie własne*).

W dyskusyi zabierali głos kol. Borzęcki, prof. Wachholz i Cercha.

IV. Kol. prof. Wachholz wygłosił zapowiedziany odczyt: »O pożarach teatrów ze stanowiska sądowo-lekarskiego«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego z dnia 10 stycznia 1904.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego posiedzenia przedstawia kol. Reiss chorą z owrzodzeniem na dolnej wardze ust, niebolesnem, okazującem chrząstkowatą twardość. Gruczoły karkowe i podszczękowe po stronie prawej wybitnie obrzękłe, niebolesne, po stronie lewej wyczuwalne. Rozpoznanie: *sclerosis labii oris inferioris.* Za rozpoznaniem *syphilis primaria* przemawiają wszystkie objawy, pozwalające wykluczyć owrzodzenia innej natury.

Następnie przedstawia kol. Reiss chłopca z ubytkiem kostnym grzbietu nosa po *lues hereditaria tarda*. W celu przywrócenia zapadłemu nosowi dawnych kształtów zastosowano wstrzyknięcie podskórne parafiny metodą Gersunyego, do wstrzyknięcia jednak użyto za ciepłej parafiny, wskutek czego skóra nosa uległa oparzeniu drugiego stopnia, co jednakże nie pociągnie za sobą ujemnych następstw, sprawa bowiem jest już obecnie na drodze zupełnego wyleczenia. Wynik kosmetyczny po parafinie dobry. Dalej przedstawia kol. Reiss dwóch

chorych ze świeżą wysypką kiłową *lues papulosa lenticularis*, zajmującą twarz, tułów i kończyny i *lues papulosa miliformis*, rozsianą tylko po tułowiu. Wszystkie gruczoły są zajęte, powiększone i wybitnie twarde; guzki są twarde, głębokie i utrzymują się bardzo długo mimo najenergiczniejszego leczenia rtęciowego. Obie te formy należą do ciężkich; raz wyleczone lu ią rychło nawracać i to zazwyczaj w tej samej postaci morfologicznej. Podnoszony szczegół, że w tej formie kiły rzadko się spotkać można z kłykcinami, sprawdza się na przedstawionych przypadkach, gdzie mimo bardzo obfitej wysypki nigdzie kłykcin wykazać nie można.

Nadto przedstawia kol. Reiss chorą z wysypką kiłową wczesną, *lues papulo-squamosa lenticularis*, rozrzuconą na powierzchni całej skóry ze szczególniejszem ugrupowaniem na czole jako *corona Veneris*. Postać również głęboka i bardzo opierająca się leczeniu.

W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorego z niedokształtem ujścia zewnętrznego cewki tak znacznego stopnia, że przez to ujście zaledwo igłę nr. 1 przeprowadzić było można. Przystąpiono natychmiast do rozszerzenia otworu, a przekonawszy się, że zwężenie istnieje tylko w zakresie samego ujścia, użyto elektrolizy. W tym celu użyto anodę przy nasadzie prącia, katodę zaś z igłą wprowadzono do otworu, przytem użyto siłę prądu nie większą nad 6 Mamp. i w przeciągu niespełna dwóch minut. nie sprawiając choremu znaczniejszego bolu, bez zanieczulań, na drodze bezkrwawej rozszerzono ujście do tego stopnia, że zgłębnik nr. 16 Ch. dał się bez trudności wprowadzić. Na drugiem posiedzeniu rozszerzono ujście do nr. 20 Ch. Obecnie wprowadza się codziennie krótki zgłębnik nr. 20 Ch.

Następnie przedstawia kol. Reiss chorego z trzema wrzodami wenerycznymi wyżerającymi na skórze i na żołędzi prącia. Wrzody głębokie, atoniczne, dość bolesne, natomiast gruczoły pachwinowe wybitnie obrzękłe i niebolesne. Tkanka we wszystkich trzech miejscach okazuje głęboki rozpad. W wydzielinie znaleziono prątki Ducreya.

Wreszcie przedstawia kol. Reiss chorego z wypryskiem łojotokowym, w którym spostrzegać się dają wykwity bardzo zbliżone do wykwitów dermatozy, znanej pod nazwą *pityriasis rosea* Gibert, a przytem również powierzchowne nacieki, przypominające pewne postacie łuszczycy.

W końcu przedstawia kol. Reiss chorego ze zmianami chorobowemi na nosie, których rozpoznanie wahać się może między *lupus vulgaris exulcerans*, a *lues cutanea gummosa*. Wywiady ujemne. Kol. Reiss przechyla się ku rozpoznaniu *lupus vulgaris*, mimo że guzków typowych w obwodzie części chorobowo zajętych wykazać nie można.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Pacyna, sekretarz.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 18 kwietnia 1903.

Przewodniczący Radca Dworu prof. Korczyński. Obecnych członków 10. Nadto z zaproszonych na posiedzenie: Dr. Dłuski z Zakopanego, Dr. Kmietowicz z Krynicy, Doc. Dr. Kowalski ze Lwowa, Pan Wiśniewski, dzierżawca Szczawnicy i Pan Znamierowski burmistrz z Krynicy.

1) Prof. Dr. Jakubowski zdaje sprawę z dotychczasowych doświadczeń nad działaniem wina borówkowego wyrobu Dr. Mogilnickiego w Buczaczu.

2) Dr. Bier składa tymczasowe sprawozdanie o przyrządach desinfekcyjnych pomysłu Zarewicza.

3) Sprawę wyrobów farmaceutycznych jednej z firm krajowych odroczono do następnego posiedzenia.

4) Stwierdzono, że papierki synapizmowe »Austria« wyrobu Lebensteina na Zwierzyńcu pod Krakowem, polecone w swoim czasie przez Towarzystwo lek. krak., nie zmieniły się co do swojej dobroci i dokładności wyrobu.

5) Na podstawie badań, przedsięwziętych przez Doc. Dr. Ludomiła Korczyńskiego, Doc. Dr. Lembergera i Dr. M. Śliwińskiego przyjęto z uznaniem do wiadomości, że wyrób sztucznych wód mineralnych, poleconych przez Towarz lek krak. w fabryce K. Rzący i Chmurskiego odbywa się obecnie w sposób zupełnie wzorowy.

6) Resztę posiedzenia zajęła sprawa uzdrowisk krajowych, a w szczególności uzdrowisk zimowych.

Przedewszystkiem Dr. Dłuski złożył nadzwyczaj wyczerpujące sprawozdanie ze stanu Sanatoryum w Zakopanem, które pozostaje pod jego kierownictwem. Z bardzo szczegółowych zestawień statystycznych popartych wyciągami z historyi chorób, prowadzonych nadzwyczaj wzorowo i naukowo, oraz z wyników dotychczasowego leczenia wnosić należy, że Sanatoryum to stoi bezsprzecznie na wyżynie współczesnej wiedzy o pielęgnowaniu i leczeniu chorych piersiowych i że dzięki osobistemu działaniu Dr. Dłuskiego, wzorowemu urządzeniu zakładu i wysokogórskiemu klimatowi Zakopanego wyniki leczenia nie zanadto jeszcze rozwiniętych postaci gruźlicy są znacznie lepsze, aniżeli w wielu innych zakładach zagranicznych. Sanatoryum zakopańskie, kierowane przez Dr. Dłuskiego, zdaniem komisyi zasługuje na wszechstronne uznanie i polecenie.

Ponieważ Sanatoryum w Zakopanem jest przeznaczone wyłącznie tylko dla chorych piersiowych, a dotychczas niema krajowych zakładów należycie urządzonych, z którychby i w porze zimowej korzystać mogli chorzy zołzowaci, niedokrewni, dotknięci chorobami nerwowemi i ozdrowieńcy, wymagający leczenia klimatycznego, osobliwie podgórskiego, przeto Przewodniczący przedkłada pod dyskusyę ważną sprawę zastąpienia zagranicznych sanatoryów zimowych zakładami krajowymi. Sądzi on, że do tego nadawałyby się najlepiej istniejące już zdrojowe zakłady krajowe, gdzieby bez wielkich wkładów można urządzić takie uzdrowiska zimowe, a w szczególności Krynica, Rabka i Szczawnica. Do tego potrzeba jednak w pierwszym rzędzie zrozumienia, dobrej woli i pewnego nakładu ze strony tych zdrojowisk, poparcia przez władze rządowe i krajowe, a wreszcie zachęty lekarzy praktykujących. Pierwszy krok pod tym względem uczynił w Krynicy Pan Znamierowski, oddając swój Hotel »Pod trzema różami« Drowi Kmietowiczowi na sanatoryum zimowe. Poczynił on tam takie ulepszenia, jakie znajdują się w zagranicznych sanatoryach zimowych. Mimo to jednak frekwencya zakładu jest za małą, ażeby pokryć koszta nakładu i utrzymania.

Drugiem zdrojowiskiem, któreby się nadawało do leczenia zimowego, jest Rabka. Właściciel, Dr. Kaden, czynił już starania w tym kierunku, ale niestety nikt z chorych na pobyt zimowy się nie zgłosił.

Również nadawałaby się ku temu i Szczawnica, której klimat zimowy nazwać trzeba łagodnym i gdzie oprócz domów zakładowych istnieje już od szeregu lat letni zakład leczniczy i hidropatyczny Dra Kołaczkowskiego.

W toku dyskusyi uznano jednogłośnie, że tworzenie i popieranie krajowych uzdrowisk zimowych jest pożądane i że do tego należy zachęcać właścicieli zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, z tem zastrzeżeniem, że sanatorya te powinny dostarczać chorym tych samych wygód i tych samych warunków leczenia, jak podobne sanatorya zagraniczne.

Przy tej sposobności podniesiono wiele szczegółów, zmierzających do ulepszenia w zdrojowiskach krajowych i do skuteczniejszego ich popierania przez lekarzy domowych. I tak, co do Krynicy, poruszono sprawę lepszego połączenia kolejowego lub zaprowadzenia kolei konnej albo elektrycznej między Muszyną a Krynicą. Co do Szczawnicy uznano, że nie ma ona warunków większego rozwoju tak długo, dopóki nie zostanie uposażoną torem kolejowym. Dalej, w myśl wniosku Przewodniczącego, uchwalono, że byłoby rzeczą bardzo pożądaną, ażeby zdrojowi lekarzy krajowi weszli w bliższą styczność z lekarzami domowymi, ażeby ogłaszali dokładne sprawozdania z wyników leczenia, a wreszcie by się zawiązać mogło zjednoczenie krajowych uzdrowisk i zdrojowisk na wzór podobnego zjednoczenia zdrojowisk prusko-śląskich. Przy współudziale lekarzy zdrojowych i właścicieli zdrojowisk możnaby załatwić wiele spraw, odnoszących się do rozwoju krajowych zdrojowisk.

Myśl tę wszyscy obecni uznali jako godną poparcia i urzeczywistnienia. Dr. *Michał Śliwiński*, sekretarz Komisyi.

VI. O pożarach teatrów.

Według wykładu na posiedz. Tow. lek. krak. dn. 24 lutego 1904 r.

Przez

Prof. Dra L. Wachholza.

Jakkolwiek wiadomość o wielkiej katastrofie pożaru teatru Irokezów w Chicago już przebrzmiała i pamięć o niej

częściowo się już zatarła, przecież temat powyższy nie stracił jeszcze wogóle na swej aktualności, jeżeli się zważy, że już po tem nieszczęściu zaszły pożary daleko większych rozmiarów, zamieniające dwa miasta w perzynę, jedno Aalesund w Norwegii, drugie Baltimore w północnej Ameryce. A świeżo doniosły telegramy o pożarze fabryki celuloidowych grzebieni w Paryżu, w którym znalazło śmierć 12 osób, oraz o zapaleniu się dekoracyi w jednym z teatrów peszteńskich.

Doniosły w skutkach pożar teatru w Chicago nie był pierwszym i pewnie nie będzie ostatnim, gdyż ułomna ludzka natura rychło zapomina o nieszczęściach, a wraz z niepamięcią o nich usypia przezorność, stając się w ten sposób źródłem nowych wstrząsających ciosów.

Częste pożary teatrów skłoniły do obliczenia średniego czasu ich egzystencyi, która dla teatrów w Europie wynosiła do r. 1895 $22^{1}/_{2}$ lat, zaś dla teatrów w Stanach Zjednoczonych północnej Ameryki zaledwie 10. Wedle zestawień Fölscha spaliło się od r. 1569 po koniec roku 1881 ogółem 629 teatrów, z tych zaś 53 wśród przedstawień lub prób, znaczna część ich na krótko przed lub wkrótce po przedstawieniu. W zestawieniu Fölscha znajdujemy wzmiankę o 10 pożarach teatrów i cyrków na ziemiach, należących niegdyś do państwa polskiego, a to prócz cyrku i teatrów w Kijowie i Gdańsku; o pożarze teatru zamkowego w Żółkwi w r. 1824, sali teatralnej w Przemyślu w r. 1864, tożsamo w Kołomyi w r. 1865, w Stanisławowie w r. 1868 przy ogólnym pożarze miasta, w Tarnopolu w r. 1874, wreszcie w Cieszynie w r. 1845 i cyrku Hinnégo w Warszawie w r. 1859. Na szczęście wszystkie te pożary zdarzyły się poza porą przedstawienia i nie pociągnęły straty w ludziach.

Wedle zestawień dra Choqueta spłonęło od r. 1751 aż po koniec roku 1885, zatem w ciągu 135 lat, 730 teatrów, a w pożarach tych utraciło życie ogółem 6,573 osób. W zeszłym roku zaś, t. j. r. 1903, zgorzało teatrów 16, między innymi teatry w Pawii, Genui, Madrycie, Lille, Marsylii, Berlinie, przedewszystkiem zaś teatr Irokezów w Chicago z przeszło półtysięczną liczbą ofiar w ludziach. Największa częstość pożarów teatrów przypada na czas do roku 1890, a przyczyną jej jest znaczny w tym czasokresie wzrost ogólnej liczby teatrów, brak należytych ostrożności w obchodzeniu się ze światłem, przedewszystkiem zaś wadliwa ich pod względem bezpieczeństwa budowa, do której doskonale stosuje się czterowiersz Goethego:

„Jak się teatry u nas buduje?
O tem się nawet nie dowiaduję.
Materyał palny zewsząd się zbiera,
Nie dziw też, że go płomień pożera“.

Statystyka z 5 lat (do r. 1895) wykazała, iż z 63,726 widzów teatralnych jeden na rok traci życie w pożarze teatrów, a choć ta jedna ofiara stanowi nieznaczny tylko odsetek ogólnej śmiertelności, przecież trzeba uwzględnić, że śmierć wśród pożaru jest nadzwyczajną, niekonieczną, od której należyta ostrożność powinna ludzkość uchronić.

Mówiąc o pożarach teatrów, trzeba się zastanowić nad czasem, miejscem i źródłem ich powstania, następnie nad losem ich ofiar.

Pożar może wybuchnąć w teatrze o rozmaitej porze doby; najdonioślejszym w skutkach będzie, gdy wybuchnie w czasie przedstawienia przy pełnej widowni. Pożary teatrów poza chwilą przedstawienia pociągają za sobą wyjątkowo i tylko nieliczne ofiary w ludziach. Pożar może się wszcząć w różnych miejscach budynku teatralnego, aczkolwiek najczęstszem miejscem jego wybuchu bywa scena, którą architekt Zawiejski nader trafnie porównał ze zwykłym piecem. W myśl tego porównania otwór sceny, mieszczący zasłonę, przedstawia drzwi do pieca; urządzenie, podtrzymujące podłogę sceny, — to jego ruszta, podscenie — popielnik, nadscenie — komin, wreszcie dekoracye i inne przybory na scenie — doskonałe paliwo.

Przyczyny pożaru, poczynającego się na scenie, mogą być najrozmaitsze. Najczęstszą jego przyczyną jest nieostrożne obchodzenie się ze źródłami światła, czy to służącego do oświetlenia sceny wogóle, czy też tylko do wywołania chwilowych efektów świetlnych, jak to np. miało mieć miejsce przy ostatnim pożarze w Chicago wskutek zastosowania wielce niebezpiecznego oświetlenia acetylenowego. Przyczynę pożaru może stanowić także nieszczelność rur gazowych, jeżeli zastosują ten sposób oświetlania dla teatrów, uznany wogóle za niebezpieczny i dlatego obecnie już zarzucony; dalej — tak zwane krótkie sprzężenia w przewodach światła elektrycznego, niewłaściwe a przy fantastycznych widowiskach stale stosowane produkcye ogni sztucznych, strzały z broni palnej, wreszcie wadliwości i nieostrożności przy ogrzewaniu budynku. Prócz wymienionych mogą być jeszcze inne przyczyny przypadkowe, wynikające z niedbalstwa personalu teatralnego, których jednak zbadanie, jak wogóle poznanie przyczyn pożaru teatrów, jest bardzo trudne i najczęściej po zupełnem zniszczeniu gmachu nawet wręcz niemożliwe.

Największe niebezpieczeństwo pożaru grozi teatrom ze strony tak zwanego fryzu, czyli nadscenia, mieszczącego zwinięte, a nieraz gęsto obok siebie zawieszone dekoracye, sporządzone zwykle z łatwo palnego materyału t. j. z ram drzewnych, obleczonych płótnem malarskiem. W myśl prawideł fizycznych ciepłota najwyższą jest w nadsceniu, a wedle pomiarów odnośnych dochodzi ona tam w teatrach, oświetlanych gazem, podnoszącym wogóle znacznie ciepłotę środowiska do 70° C.; nic więc dziwnego, że zwłaszcza części drewniane dekoracyi są tak wysuszone i stąd łatwo palne, że gdy iskra niedostrzeżona na nie padnie, poczynają tleć jak próchno lub hubka. I to jest najgroźniejszy zaród pożaru, bo na razie niedostrzegalny. Silny płomień ujawnia się wtedy nagle, gdy choćby lekki tylko przewiew doprowadzi do tlejących dekoracyi w nadsceniu nieco więcej powietrza zasobnego w tlen. Taki zaś przewiew nastąpić musi, o czem każdemu bywalcowi teatralnemu wiadomo, w chwili rozpoczęcia się przedstawienia, gdy się z podniesieniem zasłony łączy widownia ze sceną. Wówczas, jak to miało miejsce przy pożarach: wiedeńskiego Ringteatru, teatrów w Nicei, Exeterze i Opery komicznej w Paryżu, następuje wybuch pożaru, którego zarodu na czas nie dostrzeżono. Francuzi nazywają ten nagły wybuch pożaru o niedostrzeżonym zarodzie „l'explosion muette“.

Oświetlenie elektryczne teatru, jako mało podnoszące ciepłotę wnętrza, a zatem nadscenia, jest, pomijając krótkie sprzężenia kontaktów, o wiele bezpieczniejsze w tym względzie. Usuwanie niepotrzebnych dekoracyi z nadscenia, a co więcej — sporządzenie ich (co jednak musi się łączyć ze zna-

cznym kosztem) z niepalnego lub nader trudno palącego się materyału, zapobiegałoby jeszcze w wyższym stopniu niebezpieczeństwu opisanego wybuchu pożaru. Każdemu wiadomo, że żelazna zasłona istnieje w teatrach dlatego, aby w chwili wybuchu pożaru na scenie módz za jej pomocą oddzielić scenę od widowni i w ten sposób zabezpieczyć widownię t. j. publiczność przed ogniem przynajmniej na czas pewien, który przy licznych wyjściach z gmachu powinien publiczności wystarczyć do spokojnego jego opuszczenia. Zdawałoby się, że spuszczenie żelaznej zasłony powinno stale uchronić widownię od zalewu płomieni, które objęły scenę. Tymczasem zasłona żelazna ma z następującej przyczyny wartość tylko ograniczoną na stosunkowo krótki przeciąg czasu. Przekonano się doświadczalnie, że przy paleniu się dekoracyi każdy kilogram drzewa dekoracyjnego wydziela w krótkim czasie około 2000 litrów gazów, t. j. bezwodnika kwasu węglowego i tlenku węgla, które wedle odnośnych doświadczeń prof. chemii Monniera, łącznie z parą wody, wypuszczonej z hidrantów w celu stłumienia ognia, zyskawszy wskutek wysokiej ciepłoty znaczną prężność i nie mogąc ujść z zamkniętej przestrzeni, jaką stanowi scena, rozsadzają szybko żelazną zasłonę i w ten sposób torują morzu płomieni wolny dostęp do widowni, albo też rozsadzają mury budynku. Aby temu rozsadzeniu zapobiedz, Trélat radził (w ankiecie, złożonej po pożarze Opery komicznej w Paryżu) umieścić nad sceną szereg przewiewników, zawsze otwartych, przez które gazy, powstałe wśród pożaru, mogłyby na zewnątrz swobodnie uchodzić. Temu projektowi Trélata sprzeciwili się artyści, wyrażając uzasadnioną obawę przed silnymi przeciągami na scenie, jakieby musiały wówczas powstać z chwilą podniesienia się zasłony. Wówczas zaprojektował Trélat pokryć przewiewniki muślinem, któryby w zwykłych warunkach chronił przed przeciągiem, a z chwilą wybuchu pożaru łatwo się spalał i tem samem odmykał ujście gazom przez odsłonięte przewiewniki.

Zasłona bezpieczeństwa, sporządzona z blach żelaznych, ma, jak z powyższego widzimy, tylko ograniczoną wartość co do zabezpieczenia widowni przed ogniem, powstałym na scenie; w każdym jednak razie w ten sposób urządzone zasłony odpowiadają jeszcze najlepiej celowi, zwłaszcza, gdy szczelnie odcinają scenę od widowni i gdy się łączą z dobrym przewiewem sceny. Zasłony bezpieczeństwa, sporządzone, jak np. w spalonym teatrze Irokezów w Chicago, z asbestowej tkaniny, nie dają żadnego bezpieczeństwa; raz dlatego, że nie odcinają dość szczelnie sceny od widowni i nie chronią przed przedostaniem się gazów, tworzących się przy pożarze i przechodzących ze sceny do widowni; powtóre dlatego, że sporządzone z nieodpowiedniego materyału, spalają się, jak to miało miejsce w teatrze w Chicago; po trzecie wreszcie, że jako dość wiotkie, mogą wskutek przeciągu lub naporu gazów w krytycznej chwili wcale lub tylko niezupełnie się opuścić, jak to również miało miejsce w Chicago. Zupełnie bezcelowymi okazały się wśród pożarów Opery komicznej w Paryżu zasłony bezpieczeństwa, zrobione na sposób siatek w lampach Davyego z sieci drucianej, albowiem przez nie przedostaje się swobodnie ze sceny płonącej do widowni czad, zawierający trujący tlenek węgla. Najlepsza zasłona bezpieczeństwa, sporządzona z silnych blach żelaznych, odpowie swemu celowi w razie wybuchu pożaru tylko wówczas, jeżeli będzie na czas opuszczoną. Stąd zaś wynikają dwa ważne postulaty: najpierw mechanizm opuszczania takiej zasłony powinien być pewnym, nie powinien o nic nigdzie zawadzać i w tym względzie często powinien być próbowany, wobec czego słusznem jest obecnie zarządzone w teatrze krakowskim, a do niedawna zaniedbywane opuszczanie żelaznej zasłony po każdym akcie. W Ringteatrze np. nie dała się ona spuścić, gdyż przez nieużywanie zepsuł się jej mechanizm; następnie powinna ona być zaraz z chwilą wybuchu pożaru spuszczaną, a rzecz napozór tak prosta przedstawia się wielce niepewną w chwili przestrachu maszynistów, którzy na widok wybuchu pożaru, ratując się ucieczką niemal odruchowo, zaniedbują spełnić swój obowiązek.

By temu zaniedbaniu zapobiedz, podał pewien amerykański technik nader prosty, a wielce pomysłowy i doniosły mechanizm spuszczania i podnoszenia żelaznej zasłony. Wedle jego projektu przeciwwagę zasłony żelaznej stanowi krzesło maszynisty i sam maszynista; gdy zajmie on stanowisko i usiędzie, zasłona się podnosi, przedstawienie się zaczyna; gdy zaś przedstawienie się kończy lub gdy wybuchnie pożar, a przerażony maszynista umknie, zasłona, pozbawiona przeciwwagi, spada.

Wspomniałem poprzednio, że gazy, tworzące się przy pożarze, zyskują znaczną prężność skutkiem wysokiej ciepłoty, panującej w sali teatru w czasie pożaru. Otóż zajmującem byłoby przekonać się bodaj w przybliżeniu, jak wysoką może być ta ciepłota. Brouardel i Hercher stwierdzili na rękach ofiar pożaru Opery komicznej w Paryżu, znalezionych w bufecie, popękane rękawiczki, poczem doświadczalnie przekonali się, że skórka rękawiczek tego samego gatunku pęka pod wpływem ciepłoty 100—200°, wobec tego słusznie stąd wnosili, że zwłoki z popękanemi rękawiczkami spoczywały w ciepłocie, wynoszącej przynajmniej około 120°. W godzinę po wybuchu pożaru w Operze komicznej wszedł do sali bocznem wejściem prefekt policyi Girard i zauważył, że płomienie wzbijały się tylko nieznacznie z powodu niedostatecznej ilości tlenu, a barwa ich była przeważnie błękitną, jaką płonie tlenek węgla, zapalający się dopiero w ciepłocie 750°, skąd wniosek, że ciepłota musiała tam wynosić przynajmniej 750°. Wreszcie znaleziono w gruzach stopione monety srebrne, zupełnie stopione koszulki druciane w magazynie kostyumów teatralnych, które wedle odpowiednich prób topiły się dopiero przy 1250°. Na tej podstawie orzeczono, że ciepłota w sali dochodziła w czasie pożaru do przeszło 1000°.

Zastanówmy się teraz nad losem ofiar i stąd wynikającemi zagadnieniami prawno-lekarskiemi. Zagadnienia te dotyczą przedewszystkiem przyczyny śmierci ofiar, następnie stwierdzenia ich tożsamości, a wreszcie ze względu na niektóre ustawodawstwa cywilne, zwłaszcza zaś ustawodawstwo cywilne francuskie, tak zwanej sprawy przeżycia.

Przyczyny śmierci ofiar pożaru mogą być rozmaite, jak o tem pouczyły dotychczasowe doświadczenia, potwierdzone nowemi z pożaru teatru w Chicago. W pierwszych chwilach po wybuchu pożaru ginie znaczna liczba ludzi wskutek uduszenia w natłoku lub wskutek usiłowań ratunkowych przez rzucanie się z wyższych piąter na parter lub na zewnątrz gmachu, zatem ginie ona z przyczyn mechanicznych. Prawdopodobnie traci życie w pierwszych chwilach pożaru niejedna osoba wskutek wstrząśnienia psychicznego,

t. j. przestrachu, jaki publiczność ogarnia, lecz ten rodzaj śmierci nie daje się sekcyą stwierdzić. Najwięcej osób, które nie zdołały na czas opuścić płonącego gmachu, ulega śmierci wskutek zatrucia tlenkiem węgla czyli wskutek zaczadzenia, zanim je jeszcze dosięgnie płomień, wreszcie najmniej znaczna liczba osób, zwykle z personelu teatralnego, traci życie wskutek oparzenia, zetknąwszy się bezpośrednio z płomieniem. Wszystkie zaś zwłoki ofiar, pozostałe wewnątrz płonącego gmachu, ulegają zwęgleniu, o ile je płomień dosięgnie.

Ten sam paniczny strach, który jednych jak bezduszne zwierzęta nieruchomo niemal przykuwa do miejsca bez względu na grozę położenia, u innych wywiązuje w tak dziki sposób energię i chęć ocalenia siebie przed innymi, że w szale, tłocząc się jedni na drugich, zgniatają słabszych, a po ich ciałach, często jeszcze żywych, śpieszą ku wyjściom i korytarzom.

Grozę położenia potęguje jeszcze nierzadko i ta okoliczność, jak to np. miało miejsce w paryskiej Operze komiecznej, że najczęściej gaśnie światło w sali, na schodach i korytarzach, bądź to, jeżeli jest gazowe, z powodu skręcenia go z obawy przed wybuchem, bądź też, jeżeli jest elektryczne, z powodu rychłego przepalenia się przewodów. Dlatego też zaprowadzono obecnie wszędzie w teatrach oświetlenie dodatkowe zapomocą świec.

Śmierć osób słabszych, stłoczonych w tłumie, następuje wskutek uduszenia przez mechaniczne uniemożliwienie poruszania klatką piersiową celem zaczerpnięcia oddechu. Sekcya tych zwłok, stłoczonych na ziemi korytarzy i schodów, wykazuje zwykły obraz uduszenia wraz z różnemi zewnętrznemi i wewnętrznemi obrażeniami, jakie powstają wskutek silnego ucisku i stąpania tłumu po ich ciałach. Wcale charakterystyczne są podbiegnięcia krwawe na wewnętrznej powierzchni ramion, pochodzące od silnego przytłoczenia ich do boków klatki piersiowej. (Dok. nast.).

* * *

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Wydział gospodarczy X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości wykaz dotychczas zgłoszonych wykładów:

(Ciąg dalszy).

Sekcya medycyny wewnętrznej (XII):

Po porozumieniu się z Krakowem, Poznaniem i Warszawą postanowiono, by jedno posiedzenie sekcyjne odbyć wspólnie z Sekcyą chirurgiczną, a jako temat obrano:

1) Leczenie chirurgiczne zapaleń nerek. Referatu podjęli się koledzy: Dr. Leśniowski (Warszawa), Dr. Pruszyński (Warszawa), Prof. Dr. Rydygier (Lwów). Do dyskusyi zgłosili się Dr. Mieczkowski (Poznań), Dr. Latkowski (Kraków).

Jako temat ogólny dla sekcyi medycyny wewnętrznej obrano:

2) Dusznica bolesna *(angina pectoris)*. Referatu podjęli się koledzy: Dr. Pawiński (Warszawa), Dr. Pruszyński (Warszawa).

Jako wykłady na posiedzenie sekcyi zgłoszono do dnia 1 marca 1904 następujące:

3) Dr. Rzętkowski (Warszawa): O wzrastaniu ilości zachorowań na raka.

4) Dr. Skłodowski (Warszawa): Dyeta w chorobach nerek. Do dyskusyi zgłosił się Doc. Dr. Wiczkowski (Lwów).

5) Dr. Chełmoński (Warszawa): Wartość klimatu równin w leczeniu suchot.

6) Dr. Hewelke (Warszawa): Leczenie tuberkuliną.

7) Drowie Lande i Skórzewski (Warszawa): Zmiany czucia skórnego (t. zw. zony Heada) w chorobach narządów wewnętrznych.

8) Dr. Barszczewski (Warszawa): Człowiek zdrowy i człowiek chory w świetle promieni Röntgena.

9) Dr. Sterling (Łódź): O rokowaniu w gruźlicy płuc.

10) Z oddziału wewnętrznego II. szpitala powszechnego we Lwowie (Prymaryusz Dr. Doc. Wiczkowski).

a) Doc. Dr. J. Wiczkowski: Temat zastrzeżony.

b) Dr. S. Zajączkowski: O wpływie leków na ilość ciałek eozynochłonnych we krwi.

c) Dr. R. Merunowicz: Sprawozdanie o chorych na zapalenie nerek, oddanych do zabiegów operacyjnych. (Obserwacya przed i po operacyi).

d) Tenże: Temat zastrzeżony.

e) Dr. M. Selzer: Wyniki badania metodą inoskopii.

f) Dr. A. Zawadzki: Temat zastrzeżony.

11) Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dr. Korczyńskiego w Krakowie:

a) Prof. Dr. E. Korczyński: O cytodyagnostyce wysięków opłucnowych i otrzewnowych.

b) Prof. Dr. W. Jaworski: O używaniu wód mineralnych „normalnych".

c) Tenże: Wpływ bębnicy na czynność serca.

d) Doc. Dr. L. Korczyński: W sprawie zakażenia mieszanego w gruźlicy.

e) Dr. J. Latkowski: O sposobach badania czynności wydzielniczej nerek.

f) Dr. K. Flis: Badania fizyko-chemiczne nad wodami leczniczemi sztucznemi.

g) Dr. E. Mięsowicz: O sprawach septycznych z uwzględnieniem etyologii gośćca.

h) Dr. J. Szurek: Pogląd krytyczny na najnowsze leki, stosowane przeciw chorobom wewnętrznym.

12) Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dr. Gluzińskiego we Lwowie: Dr. St. Eljasz Radzikowski:

a) Megalo- a normoblasty pod względem klinicznym.

b) O leczeniu tężca. Pogląd krytyczny.

c) Czy ma znaczenie w etyologii chorób wewnętrznych czynnik psychiczny?

d) Klimatoterapia w świetle badań nowszych.

e) O t. zw. „zwyrodnieniu ziarenkowatem" ciałek czerwonych krwi.

Dr. Marek Reichenstein:

f) O znaczeniu azotu w treści żołądkowej i wartość różniczkowo-dyagnostyczna metody tej we wrzodzie, a w raku żołądka.

g) Cytodyagnostyka przesięków i wysięków.

Dr. M. Wachnianin:

h) Inoskopia Jousseta i jej znaczenie kliniczna.

i) O odczynie gwajakowym ciałek białych.

Dr. J. Grek:

j) O płytkach Bizzozery.

k) Wyrostek robaczkowy ze stanowiska anatomicznego i klinicznego.

Dr. W. Czernecki i Dr. Marek Reichenstein:

l) Zachowanie się moczu ze szczególnem uwzględnieniem amoniaku w autointoksykacyi.

Dr. W. Czernecki:

ł) Wartość kliniczna oznaczania wody we krwi.

Dr. T. Praschil i Dr. W. Czernecki:

m) Przemiana materyi przy podawaniu truskawieckiej „Naftusi".

Dr. M. Franke i Dr. Marek Reichenstein:

n) Zachowanie się parcia krwi w schorzeniach naczyń obwodowych.

Doc. Dr. G. Bikeles i Dr. M. Franke:

o) O lokalizacyi w rdzeniu pacierzowym po przecięciu nerwów kończyn górnych i dolnych u małpy *Cercopithecus sabacus.* w porównaniu z zachowaniem się u psa, kota, królika i świnki morskiej.

Dr. M. Franke:

p) O arytmii i jej znaczeniu klinicznem.

Dr. W. Ziembicki:

r) O „anguillula intestinalis", znalezionej u nas w stolcach człowieka.

Prof. Dr. A. Gluziński:

s) Myeloma i stosunek jego do białaczki (*leucaemia*).

t) O dotąd nieopisanem schorzeniu układu mięśniowego.

Sekcya pedyatryczna (XIII):

Temat ogólny: Leczenie szkarlatyny surowicą. Prof. Dr. Palmirski (Warszawa). Koref.: Dr. Malinowski (Warszawa).

Wykłady:

1) Dr. Korybut Daszkiewicz (Warszawa): Najnowsze poglądy na sprawę znajdowania się różnych fermentów w mleku kobiecem i zwierząt.

2) Dr. Brudziński (Warszawa): O wrodzonych zboczeniach rozwoju fizycznego u dzieci.

3) Tenże: O stosunku wzajemnym zołzów i gruźlicy.

4) Dr. Kamieński (Warszawa): O żywieniu dzieci starszych: a) w zdrowiu, b) w chorobie.

5) Dr. Roszkowski (Warszawa): O ząbkowaniu.

Sekcya chirurgiczna (XIV):

W sekcyi chirurgicznej zgłoszono wykładów 30, a mianowicie:

Dr. Kijewski (Warszawa): 3; Dr. Oderfeld: 1; Dr. Wrześniowski: 2; Prof. Dr. Schramm (Lwów): 1; Dr. Ruff (Lwów): 1; Dr. Majewski: 1; Prof. Dr. Rydygier: 6; Doc. Dr. Herman (Lwów): 2; Dr. Slęk (Lwów): 4; Dr. Ant. Rydygier (Lwów): 5; Dr. Steier: 1; Dr. Radlmesser: 1; Dr. Blaim: 1; Dr. Szatkowski: 1.

Z tego jest: 7 odczytów z chirurgii ogólnej (leczenie spraw septycznych, roentgenoterapia i t. p.); 5 odczytów z zakresu chirurgii dróg moczowych; 2 odczyty z zakresu chirurgii jelit; 3 odczyty z zakresu chirurgii wątroby, dróg żółciowych i trzustki; 4 odczyty z zakresu chirurgii kończyn; reszta tematy zastrzeżone.

Sekcya oto-ryno-laryngologiczna (XV):

Tematy główne:

A) O rozpoznawaniu i leczeniu chorób zatok nosowych. Ref. Dr. Srebrny (Warszawa) i Dr. Dobkiewicz (Warszawa).

B) O powikłaniach ze strony narządu słuchu w chorobach zakaźnych. Ref. Dr. Guranowski (Warszawa).

C) Wskazania do wycinania krtani. Ref. Prof. Dr. Pieniążek (Kraków).

Wykłady:

1) Dr. Rontaler (Łódź): O nowym sposobie względnej poprawy słuchu przy wielkich defektach błony bębenkowej.

2) Dr. Przedborski (Łódź): O związku pomiędzy niedrożnością górnego odcinka dróg oddechowych, a życiem umysłowem dziecka.

3) Dr. Dobkiewicz (Kijów): Wyniki drobnowidowego badania 200 przypadków wyrośli gruczołowatych (adenoidalnych) (z demonstracyą).

4) Tenże: Demonstracye różnych ciekawych okazów.

5) Dr. Hejman (Warszawa): Wskazania do otwierania wyrostka sutkowego w sprawach zapalnych ostrych ucha środkowego.

6) Dr. Hertz (Warszawa): O związku chorób ucha z nerwicą urazową.

7) Dr. Ołtuszewski (Warszawa): O związku nauki o zboczeniach mowy z otologią i ryno-laryngologią.

8) Dr. Wróblewski (Warszawa): Wartość galwanokaustyki w rynologii.

(C. d. n.).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 marca

* W tych dniach obchodzono we Lwowie 25-tą rocznicę otrzymania dyplomu doktora wszechnauk lekarskich przez Dr. Józefa Szpilmana, rektora lwowskiej Akademii weterynaryi, założyciela we Lwowie »Towarzystwa weterynarzy«, b. długoletniego redaktora »Przeglądu weterynarskiego«, członka założyciela »Towarzystwa higienicznego«, redaktora »Przeglądu higienicznego«, autora licznych i cennych prac naukowych, męża zasłużonego około dobra miasta Lwowa i t. d. Z szczerem sercem łączymy się z tym uroczystym obchodem i życzymy Jubilatowi, by dla dobra nauki i społeczeństwa dożył obchodu drugiego dwudziestopięciolecia wśród poważania i uznania, jakich dziś zasłużenie zażywa w mieście i kraju.

* Wydział lekarski U. J. przez usta dziekana, prof. Browicza, wyraził życzenia Dr. Józefowi Zduniowi z powodu półwiekowej rocznicy otrzymania przez Jubilata stopnia doktora medycyny.

† Dr. Maksymilian Rosner, c. k. starszy lekarz powiatowy, zakończył życie w Kołomyi d. 13 b. m., licząc lat 68. Przyszedł na świat w Tarnowie z ojca lekarza, brat ś. p. profesora Antoniego i żyjącego we Lwowie Dr. Ignacego, stryj prof. Aleksandra, obrał również i dla siebie zawód lekarski. Promowany w r. 1865 w Wszechnicy krakowskiej, osiadł naprzód jako lekarz kolejowy w Kołomyi, następnie, po kilku latach pobytu w Buczaczu na posadzie lekarza powiatowego, w tym samym charakterze został przeniesiony do Kołomyi, gdzie aż do śmierci, przez 21 lat, stale przebywał i ciężko pracował. Czynny od rana do nocy, z młodzieńczą niemal żywością i zapałem spieszył o każdej porze do łoża cierpiących. Uczynność Jego, pochodząca z dobrego serca, znaną jest w najszerszych kołach tutejszej publiczności: to też powszechny żal i tłumny udział ogółu mieszkańców w pogrzebie towarzyszył zwłokom męża, o którym powiedzieć można, że żył tylko dla drugich. Kolega dobry w całem tego słowa znaczeniu zostawia w gronie tutejszych lekarzy głęboki żal po sobie. Zamiast wieńca koledzy w Kołomyi, wraz z Dr. Wernerem ze Sniatyna i Dr. Smorokiem z Gwoździca, złożyli kwotę 112 koron 78 hal. na fundusz wdów i sierot po lekarzach[1]). Reprezentacya tutejszej gminy ofiarowała również na ten cel 50 koron. Pokój Jego popiołom.

Dr. Piaskiewicz.

* Docent dr. Leon Popielski z Moskwy mianowany został profesorem farmakologii w Uniw. lwowskim. Wiadomość tę podają lekarskie czasopisma wiedeńskte.

* Dr. Dzierzgowski mianowany został kierownikiem praktycznego higienicznego oddziału w petersburskim Instytucie medycyny doświadczalnej.

* Z łaskawie przysłanego nam »Sprawozdania miejskiego Biura sanitarnego w Buczaczu za r. 1903« dowiadujemy się, że miasto to ma 11.756 mieszkańców (podług narodowości: Polaków 8.968, Rusinów 2.391, Niemców 397). W r. sprawozdawczym urodziło się dzieci 399, umarło osób 214 (18‰). W tej liczbie zgonów (214) przeszło trzecia część (75) przypada na dzieci w pierwszym roku życia, coby niekorzystnie świadczyło o doskonałości domowego wychowania fizycznego dzieci. Tej liczbie zgonów w 1-ym roku życia odpowiada rubryka śmiertelności z „kataru żołądkowo-jelitowego“ (18) i z „drgawek“ (30). Już to chętnie widzielibyśmy, gdyby rubryka »drgawki« została w następnych sprawozdaniach zmodyfikowaną o tyle, by obejmowała tylko zgony z kurczu krtani *(laryngospasmus)* u dzieci krzywiczych, natomiast wszystkie inne przypadki śmierci z „drgawek“ były wykazane w rubryce chorób głównych, którym drgawki tylko towarzyszą, jak zapalenia mózgu i opon, mocznica, ostre osutki i zapalenia, wszelkiego rodzaju zakażenia, zatrucia i t. d. Choroby zakaźne pochłaniają w Buczaczu bardzo niewiele ofiar: na 11.756 mieszkańców, a w tej liczbie 2.130 uczniów publicznych obojej płci, zmarło z błonicy i dławca osób 3, z płonicy 3, z odry 1, z duru brzusznego 5, z krztuśca 6, z róży 2; nawet gruźlica, tak górująca wysoką liczbą zgonów w statystykach naszych miast, w Buczaczu na 214 wszystkich zmarłych, zabrała ofiar tylko 20. W spisie przyczyn śmierci nie wykazano duru osutkowego i ospy, bo ich nie było w r. 1903. Wogóle w Buczaczu, sądząc z wykazu śmiertelności z chorób zakaźnych, muszą być dobre warunki klimatu i gleby, którym towarzyszy staranna opieka sanitarnego zarządu; a świadectwo, że tak jest, znajdujemy właśnie w »Sprawozdaniu«, z którego wynika, że lekarze miejscy (Radca ces. Dr. Krzyżanowski i Dr. Bienenwald) nie tylko szczepili i rewakcynowali w r. 1903, lecz w charakterze urzędników sanitarnych odwiedzili 295 chorych ubogich w ich domach, udzielili ambulatoryjnie 262 porad lekarskich, wykonali 17 pomniejszych operacyi, byli czynni przy porodach, a oprócz tego rewidowali chajdery, zajazdy, sklepy, jadłodajnie, fabryki, szynki i t. d. i t. d. Wykazy, dotyczące szkół, kwater uczniowskich, domów ubogich, zakładów przemysłowych; dalej: rewizya środków spożywczych, kanalizacya, woda, czyszczenie miasta, prostytucya i t. d. — wszystkich tych nader zajmujących i ważnych szczegółów dla braku miejsca roztrząsać i omówić tu nie możemy;

[1]) Kwotę tę Tow. lekarzy galic. otrzymało.

świadczą one o sprężystości zarządu sanitarnego i o rzetelnych usiłowaniach rozwoju bądźcobądź ubogiego miasta.

* W Łodzi powstała lecznica prywatna, wyróżniająca się znakomitem urządzeniem z uwzględnieniem higieny na szeroką skalę. Na czele lecznicy stoją: Dr. Skibiński, Dr. Tochtermann, Dr. Watten i Dr. Zaborowski.

* Międzynarodowy Zjazd fizyologów odbędzie się w Brukseli od 30 sierpnia do 3 września t. r.

* Rząd turecki zaprowadził obowiązkowe szczepienie przeciw ospie.

* Między 1 a 14 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bobreckim (1 gm.), bohorodczańskim (1 gm.), brzeżańskim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), jarosławskim (2 gm.), jaworowskim (2 gm.), kamioneckim (2 gm.), lwowskim (1 gm), myślenickim (1 gm.), nadwórniańskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm), skałackim (2 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (5 gm.), zaleszczyckim (1 gm.) złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.), — i w mieście Lwowie (5 przypadków).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Henneberg mianowany został profesorem anatomii w Giessen. Docenci w Tybindze: Honsell (chirurgia) i Lüthje (dyagnostyka lek.) otrzymali tytuł i stopień profesorów nadzwyczajnych.

Nekrologia. Dr. Jan Radecki, pedyatra i lekarz kolejowy, zmarł w Petersburgu w 67 r. życia. Dr. Thierfelder, były profesor kliniki lekar. w Rostoku, zmarł w 79 r. życia. Dr. Piotrowski lekarz marynarki, zmarł we Francyi.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z. 5. Niedzielski: Amputa cya między łopatkowo-piersiowa (dok.).

— *Medycyna* Nr. 11. Ołtuszewski: Przyczynek do ważności objektywnej metody badania przy dyzartryach kurczowych. Patogeneza i leczenie afonii spastycznej. oraz głosu falsetowego. Karczewski: Przypadek skrętu kątnicy (dok.).

— *Głos lekarzy* Nr. 6: Tajemnica lekarska. — Postulaty lekarzy rządowych. — Zawód lekarski jako przedsięwzięcie finansowe. — Organizacya prasy lekarskiej polskiej. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Z debat sejmowych w sprawach sanitarnych. — Rozwój Towarz. samopomocy lekarzy. — Śruba podatkowa względem lekarzy. — W sprawie tłumienia epidemii. — Wyzysk Kas chorych. — W sprawie ambulatoryów bezpłatnych. — Fejleton.

— *Gazeta lekarska* Nr. 11. Poczobut: Sprawozdanie o przebiegu płonicy, leczonej surowicą przeciwpłoniczą Dr. Palmirskiego. Kaufman: O niedrożności przewodu płciowego u kobiet (dok.) Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych skóry w *herpes progenitalis* (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 3. Schwarz: Neuralgia nervi trigemini. Resectio ganglii Gasseri sec. Krause. Gutschy: O suzbijanju typha u Parisu. Mirković: Iz narodne medicinae. „O crnoj bognji“.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 11. Heveroch: Sachsova familiarni amaurotická idiotie. Jaklin: Zpráva o 48 případech radikálni herniotomie v r. 1903. Mrázek: K »nauheimské« therapii chorob srdečnich (dok.). Wagner: O zubnich páratkách.

— *La Presse médicale* N. 20. Letulle: Umieszczanie w szpitalach i odosobnianie chorych gruźliczych w Paryżu. Landouzy: Z powodu książki p. p. Lancereau i Paulesco p. t. »Traité de médecine«.

— Nr. 21. Brissaud: Nauczanie teoretyczne patologii. Lavarenne: Walka z gruźlicą. Umieszczanie chorych gruźliczych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11. Orth: O niektórych będących na czasie spornych zagadnieniach z zakresu gruźlicy. Spengler: Uwagi nad teoryą Behringa powstawania suchot płucnych. Lübbert i Prausnitz: Leczenie surowicze gorączki siennej. Ruge: Wiąd, tętniak aorty i kiłak. Engel: Jakie są najniższe życzenia, których wymagać należy od mleka dla osesków. Feilchenfeld: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia bezsenności, osobliwie postaci sercowej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 11. Pruszyński: Patogeneza schorzeń przewodów żółciowych i wskazania do chirurgicznego ich leczenia. Müller: Wpływ przemiany materyi na wytwarzanie się niwecznikó w. Lipschütz: Przypadek zadzierzgnięcia jajnika i trąbki. Popescul: Przypadek ponownego cięcia cesarskiego. Piątkowski: Widłak (lycopodium) i prątki gruźlicze w plwocinie.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 11. Neisser i Friedmann: Badanie zjawisk zbijania osadu w kłaczki. Steinberg: Aglutynacya prątków durowych zapomocą surowicy krwi chorych na żółtaczkę. Herbert: Znachodzenie się prątków durowych w kale i moczu ozdrowieńców z duru. Schröder: Znaczenie międzykomórkowego odczynu glikogenowego leukocytów dla nauki o zakażeniu mieszanem w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc. Cornet: O powstawaniu gruźlicy z szczególnem uwzględnieniem teoryi Behringa. Jurevitsch: Zapalenie naczyń chłonnych płuc i jego stosunek do t. zw. otoku piersiowego. Fischer: Prążki rzepkowe po durze. Boseck: Przypadek ostrego gośćca stawowego po urazie. Federschmidt: Przyczynek do kazuistyki ran czaszki. Hirsch: Leczenie rzeżączkowego zakażenia oczów.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 12. Wassermann: Czy istnieje biologiczne postępowanie dla różniczkowania krwi ludzkiej i zwierzęcej zapomocą precypityny? Lewisohn: Powstawanie nowotworów mieszanych. Rosenheim: Rozpoznanie zapomocą obmacywania i endoskopii wysoko usadowionego raka odbytnicy i kiszki esowatej (dok.). Keigi Sawada: Mierzenie parcia krwi w zwapnieniu tętnic. Rehfisch: Arytmia nerwowa i polegająca na schorzeniu serca (dok.).

Redakcya otrzymała. Chmielewski: O leczeniu chorób nerwowych w limanie Kujalnickim. Skalski: Niewyzyskana droga szerzenia zasad higieny wśród ludu.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 11 (od 13/III do 19/III) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 27; nieżywo: chł. 4, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 20, kob. 18; zamiejscowych: męż. 10, kob. 8.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 6, ob. 5. 3) zapalenie płuc: miej. 7, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. —. 5) krztusiec: miejsc. —. ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob. —. 8) odra: miej. 1, ob. 2. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —. ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. —, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 6, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 2. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 12, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —. ob. —. **Razem** miej. 39. obcych 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**